

Rechtsprechungsinformationsdienst 24-01

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Mengensteuernde Maßnahmen der KV (Schmerztherapie)	6
2. RLV: Keine Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei fehlender Atypik (Schmerztherapie)	7
3. Individuelles Leistungsbudget	7
a) Berücksichtigung einer Nachzahlung für das Vorjahresquartal	7
b) Individuelles Leistungsbudget nach Ausscheiden des angestellten Jobsharingpartners	7
4. Periradikuläre Therapien nur nach Maßgabe der GOP 34504 EBM	8
5. Vergütung der spezieller Laborleistungen (Kap. 32.3 EBM) nach KBV-Vorgaben	8
6. 30%iger Abzug für Nichtvertragsärzte im ärztlichen Notdienst	9
7. Keine Aufrechnung einer Regressforderung aus Corona-Testzentrum mit Honorarabschlag	9
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	9
1. Persönliche Leistungserbringung: Hoher Anteil der Laborleistungen am Gesamthonorar	10
2. Hausärztliche Versichertenpauschale: Befragung am Empfangstresen	11
3. Erlöschen einer Genehmigung für psychotherapeutische Leistungen nach Kassenwechsel	12
4. Nr. 38 (N) BEMA-Z: Keine Notwendigkeit einer vorausgehenden chirurgischen Leistung	12
III. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	12
1. Keine wiederkehrende Beratungspflicht der Prüfungsgremien	12
2. Prävalenzprüfung/Nr. 35100 EBM: Verhältnis der F-Diagnosen	13
3. Arzneikostenregress	13
a) Richtgrößenprüfung/Erhöhter Behandlungsbedarf: Betreuung von älteren Patienten	13
b) Verordnung von Dronabinol-Rezeptur	13
4. Erstverordnung von Sprechtherapie als „Folgeverordnung“/Fehlende Begründung	14
IV. Zulassungsrecht	14
1. Praxisnachfolge	14
a) Bewerberauswahl: Richtlinienverfahren bei Psychotherapeuten	14
b) Keine Nachrangregelung bei zwei nicht ärztlich bestimmten MVZ	14
c) Ablehnung einer Nachbesetzung: Keine Entschädigung wegen fehlenden Praxissubstrats	15
2. Nachbesetzung der eingebrachten Arztstelle bei sog. Altfällen (vor 04.05.2016)	15
3. Zulassungsentziehung/Sofortvollzug: Gravierende Verletzung von Dokumentationspflichten	16
4. Sozialpädiatrisches Zentrum: Anforderungen an ärztlichen Leiter/Anfechtungsbefugnis	16
5. Kostentragung einer Beigeladenen nach Rücknahme des Widerspruchs im ER-Verfahren	17
V. Gesamtvergütung/GBA/Hochschulambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung/Aufwendungsersatz	17
1. Gesamtvergütung/Verjährungsbeginn: Rechnungserteilung als Fälligkeitsvoraussetzung	17
2. Stellungnahmerecht vor GBA/Vertragszahnärztl. Versorgung: Spitzenverband der Ergotherapeuten	18
3. Vergütung der Hochschulambulanzen: Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität	18
4. Hausarztzentrierte Versorgung: Prüfkompetenz einer Schiedsperson	19
5. Direktbezug von Blutgerinnungsfaktoren vom Hersteller	19
a) Allgemeine Praxiskosten/Geschäftsführung ohne Auftrag	19
b) Geschäftsführung ohne Auftrag	19
VI. Verfahrensrecht	20
1. Rechtswegzuständigkeit: Coronavirus-Testverordnung	20
a) Sozialrechtsweg: Streitigkeit über Abrechnung von Coronatestleistungen	20
b) Abdrängende Sonderzuweisung an die Sozialgerichtsbarkeit	20
c) Sozialrechtsweg für Streitigkeit über Abrechnung von Coronatestleistungen	20
d) Verwaltungsrechtsweg in Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Coronavirus-Testverordnung	21
2. Ermäßigung der Gerichtskosten bei Klagerücknahme: Kostenentscheidung bzgl. Beigeladenem	21
VII. Bundessozialgericht (BSG)	21

1. Honorarverteilung	21
a) Aufbaupraxis: Neu gegründete Einzelpraxis mit angestellten Ärzten	21
b) Quotierung der innerhalb zeitbezogener Kapazitätsgrenzen erbrachten Psychotherapieleistungen	22
2. Sachlich-rechnerische Richtigstellungen	22
a) Voraussetzungen des Chronikerzuschlages	22
b) Grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache und Auslegung einer Leistungslegende	22
3. Pädiater: Genehmigung für pädiatrisch-gastroenterologische Leistungen	23
4. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Richtigstellungen bei fehlerhafter Anwendung der Gebührenordnung	23
5. Zulassungsrecht	23
a) Psychiatrische Institutsambulanz	23
aa) Tagesklinik/Fehlende Aufnahme in den Krankenhausplan	23
bb) Kein gesonderter ärztlicher Leiter	24
b) Zulassungsentziehung: Vorrangiges Ruhen der Zulassung nach Sitzverlegungsantrag	24
6. Qualifikation einer Fachabteilung einer Hochschulambulanz/Grundsatz der Beitragssatzstabilität	24
7. Fälschliche Einzelleistungsabrechnung bei Behandlung vermeintlicher Grenzgänger	24
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	25
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	25
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	25
a) Prostatakrebsbehandlung mit Protonenbestrahlung	25
b) LDL-Apherese (Blutwäsche): Progredienz der kardiovaskulären Erkrankung	25
c) Ganzkörper-Hyperthermie	25
2. Behandlungskonzept für stark in ihrer Mobilität eingeschränkte junge Versicherte	25
3. Spätere Hodenprothesenimplantation nach Entfernung des linken Hodens aufgrund Hodenkarzinoms	26
4. Zahnärztliche Versorgung	26
a) Begrenzung der Leistungen für zahnprothetische Versorgung	26
b) Implantatversorgung	26
c) Kein Beweissicherungsverfahren zu kieferorthopädischem Befund	27
II. Stationäre Behandlung	27
1. Operative Liposuktion von Beinen und Armen bei Vorliegen eines Lipödems	27
2. Magenbypass-Operation	27
3. Kieferumstellungsoperation zur Behandlung eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms	28
III. Kostenerstattung	28
1. Unzulässige Begrenzung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V	28
2. Operation eines Grauen Stars in Privatklinik in der Türkei	28
IV. Arzneimittel	28
1. Cannabis bei Multimorbidität	28
2. Versorgung mit Rybrevant® (Wirkstoff: Amivantamab) im Rahmen eines Einzelimports	29
3. Maraviroc zur Behandlung eines „Post-Vac-Syndroms“	29
V. Hilfsmittel	29
1. Rollstuhlzuggerät mit elektrisch unterstütztem Handkurbelantrieb	29
2. Sesseldreirad „Easy Rider“ für Erwachsene	30
3. Hörgerät: Erheblicher Gebrauchsvorteil bei einem um 5 % besserem Sprachverstehen	30
4. Optune-Behandlungsset zur Therapie mit Tumortheraiefeldern bei Glioblastom	30
5. Zivilrechtsweg für Streitigkeit eines Versicherten gegen Hilfsmittelerbringer	31
VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten	31
1. Häusliche Krankenpflege	31
a) Behandlungspflege in Einrichtung für alleinstehende wohnungslose Männer	31
b) Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen Pflegekraft (sog. Kickback-Zahlungen)	31
2. Rehabilitation: Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten vor Wirtschaftlichkeitsgebot	32
3. Fahrkosten nur im Umkreis vom Wohnort	32
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	32
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	33
a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	33
aa) Stationärer Wechsel eines Herzschrittmachers	33
bb) Schwere chronifizierte psychiatrische Erkrankung	34
cc) Notwendigkeit stationärer Behandlung bei Borderline-Störung	34
b) Abgrenzung Kinder- und Jugendmedizin/Kinder- und Jugendpsychiatrie	34
c) Nichterfüllung von Qualitätssicherungsrichtlinien und Vergütungsanspruch	35

d) Widerlegung einer Mindestmengenprognose	35
aa) „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“	35
bb) Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung	36
e) Notfall: Notwendigkeit einer stationären Rehabehandlung	36
f) Fälligkeit der Vergütung vor Abschluss einer Strukturprüfung im Jahr 2022	36
g) Unzulässigkeit einer Rechnungskorrektur	37
2. Prüfvereinbarung	37
a) Wechsel vom Begehungsverfahren in schriftliches Verfahren: Sechswochenfrist	37
b) Frist zur Mitteilung der abschließenden Entscheidung: Materielle Präklusion	37
c) Kein Erstattungsanspruch der im Erörterungsverfahren angefallenen Rechtsanwaltskosten	38
3. Fallpauschalen	38
a) Maßgebliche Hauptdiagnose für Ressourcenverbrauch	38
b) Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne Beatmung	38
c) Diabetes mellitus mit Komplikation/Nebendiagnose „Sonstige akute Osteomyelitis“	39
d) Vorliegen einer Candidose/Wundinfektion als Nebendiagnose	39
e) Mitteilung des Erstattungsanspruchs/Fibrinogen-Mangel keine erworbene Afibrinogenämie	39
f) Radikale (systematische) Lymphadenektomie mediastinal, thorakoskopisch (OPS 5-404.8)	40
g) Vergütung von Faktor X-Präparaten	40
4. Aufwandspauschale: Fehlen einer Abrechnungsminderung	40
5. Pauschalierte, fachabteilungsbezogene Pflegepersonaluntergrenzen rechtswidrig	40
6. Richtlinien des GBA	41
a) Zentrums-Regelungen des GBA rechtmäßig	41
b) Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik rechtmäßig	41
7. Aufschlagszahlung: Aufschiebende Wirkung eines Widerspruchs	41
8. Keine Feststellungsklage auf Nichtbestehen eines Rückforderungsanspruchs	42
VIII. Beziehung zu Leistungserbringern	42
1. Apotheken: Rezepturzuschlag nur pro Verordnung	43
2. Arzneimittelhersteller: Herstellerabschlagspflicht: Vergleichspreis	43
3. Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis bei mehreren Funktionen (Motorbewegungsschiene)	43
4. Heilmittelerbringer	44
a) „Heilmittelrettungsschirm“ (COVID-19-VSt-SchutzV)	44
aa) Maßgebliche Vergütungshöhe nach vorliegenden Daten	44
bb) Höhe der Ausgleichszahlung: Zeitpunkt der Zulassung/Neugründung	44
b) Deklaratorische Feststellung der Zulassung: Keine aufschiebende Wirkung	44
5. Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen: Maßgeblichkeit einer Spitzenorganisation	45
6. Kündigung eines Vertrages zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe	45
IX. Verfahrensrecht	45
1. Fehlende Mitwirkung des behandelnden Arztes bei der Sachverhaltsaufklärung	45
2. Berufung kein Antrag auf mündliche Verhandlung	46
X. Bundessozialgericht (BSG)	46
1. Versorgung mit Cannabis: Begründete Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes	46
2. Verlegungsabschlag: Stationäre Aufnahme erforderlich	46
3. Erstattungsanspruch des Rentenversicherungsträgers: Vergütungsvereinbarung	46
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	47
I. Ärztliches Berufsrecht	47
1. Approbation/Berufserlaubnis	47
a) Approbation: Gesundheitliche Eignung zur Ausübung des ärztlichen Berufs (Augenerkrankung)	47
b) Ruhen der Approbation	47
aa) Zweifel an gesundheitlicher Eignung bei Betäubungsmittelmissbrauch	47
bb) Gesundheitliche Eignung nach manischer Episode bei bipolarer affektiver Störung	47
c) Zulassung zur zahnheilkundlichen Kenntnisprüfung	48
2. Strafrecht	48
a) BGH: Anästhesist mit Hepatitis C-Virus-Infektion bei Operation	48
b) Anästhesist: Unzureichende Funktionsprüfung des Narkosegeräts	48
c) Betrug gegenüber der KZV: Allgemeine Strafsache	48
d) Unterlassene Informationsweitergabe durch Präsidenten der Landesärztekammer	49
3. Berufspflichten	49
a) BVerfG: Überprüfung der Besorgnis der Befangenheit eines Ärztekammerpräsidenten	49
b) Privatärztliche Zweigpraxis in Geschäftsräumen eines Outdoorhändlers	50
c) Berufsrechtlich geschützte Interessen und Meinungsfreiheit	50
4. BSG: Vertrags(zahn)ärztlicher Notdienst und Versicherungspflicht	51
5. Weiterbildung	52

a) Vollzeitpräsenz eines verantwortlichen Weiterbilders an der Weiterbildungsstätte	52
b) Verlängerung der Weiterbildungszeit zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Geriatrie	52
6. Sitzbindungsklausel bei Arztpraxen	52
7. Keine Nichtigkeit eines Testaments zugunsten eines behandelnden Arztes	53

II. Arzthaftung **53**

1. Bundesgerichtshof (BGH)	53
a) Zeitraum zw. Aufklärung und Einwilligung/Operationserweiterung, andere Operationsmethode	53
b) Indizwert der Dokumentation gegenüber zur Haftung herangezogener Mitbehandler	53
c) Sturzrisiko im Krankenhaus/Übergehen eines erheblichen Beweisantrags	54
d) Verwertbarkeit des Gutachtens nach Ablehnung des Sachverständigen	54
2. Behandlungsfehler	54
a) Abgrenzung zwischen Befunderhebungsfehler und Diagnoseirrtum	54
b) Diagnoseirrtum/Differentialdiagnose (Verdacht auf Sinusitis bei Pneumokokkenmeningitis/Sepsis)	54
c) Unterlassen der Erhebung weiterer Befunde nach Diagnoseirrtum (Geburtsschädigung)	55
d) Behandlungsfehler durch Hilfspersonal (Unterlassene Blutzuckermessung bei Neugeborenem)	55
e) Dokumentationspflicht/Unterlassen zeitgerechter Benachrichtigung des Facharztes	55
f) Ärztliche Dokumentation (Morbus Cushing)/Überweisung an Facharzt	56
g) Fachspezifische Dokumentation während einer Operation (Chirurg/Anästhesist)	56
h) Umfang der Abklärung von Unfallfolgen	56
i) Reichweite des Primärschadens/Beweis mangelnder Ursächlichkeit	57
j) Medizinische Richt- und Leitlinien/Schadenskausalität/Beweisvereitelung	57
k) Horizontale Arbeitsteilung/Indikation einer Chemotherapie bei hormonrezeptor-positivem Tumor	57
3. Aufklärung	57
a) Aufklärung über Behandlungsalternativen	57
b) Behandlungsalternativen/Dringlichkeit einer Behandlung	58
c) Medizinische Verlaufsaufklärung/Einwilligung am Operationstag	58
d) Operation eines „Hallux valgus“: Keine Aufklärung über Alternativverfahren	58
e) Aufrechnung gegen Honorarforderung: Aufklärung über Behandlungsalternative	59
f) Unkenntnis über ein bestehendes Risiko	59
g) Hormonspirale: Kyleena-Spirale	59
h) Zahnärztliche Behandlung: Versuch einer Wurzelspitzenresektion	59
4. Sachverständige	60
a) Facharztstandard: Neurochirurgische Ambulanz und kardiologische Symptomatik	60
b) Besorgnis der Befangenheit: Bewertung des Vortrags einer Partei als „Unsinn“	60
5. Selbstständiges Beweisverfahren: Keine Beurteilung des Nutzens	60
6. Anwaltshaftung/Berufungsverfahren: Erstinstanzliche Feststellung eines Parteivorbringens als unstreitig	60

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT **61**

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG **63**

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

e-mail: pawlita@web.de;

Telefon: 0641/201 776;

Telefax: 0641/250 2801.

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

Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@dgfkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 100 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.

Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

Nachdruck - auch auszugsweise -, Vervielfältigung, Mikrokopie, Einspeicherung in elektronische Datenbanken nur mit Genehmigung der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

Editorische Hinweise

Soweit nicht ausdrücklich „**rechtskräftig**“ vermerkt ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass Rechtskraft der Entscheidung eingetreten ist. Ggf. muss bei dem jeweiligen Gericht nachgefragt werden; die Angaben beruhen auf www.sozialgerichtsbarkeit.de und juris.

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Sachgebiete „Vertragsarztangelegenheiten“ und „Krankenversicherung“ (Leistungsrecht) und die Datenbank www.juris.de wird hinsichtlich der Stichworte „Arzt“, „Psychotherapeut“, „Krankenhaus“ und „Krankenkasse“ ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 17.02.2024 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

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. Mengensteuernde Maßnahmen der KV (Schmerztherapie)

LSG Schleswig-Holstein, Schlussantrag v. 28.03.2023 - L 4 KA 1/19

RID 24-01-1

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 87a III, 87b II, IV; SGB X § 31

Leitsatz: 1. Die auf die Gewährung einer höheren Vergütung gerichtete **Anfechtungs- und Neubescheidungsklage** eines Vertragsarztes ist nur insoweit zulässig, als die zuständige KV vorher einen **Verwaltungsakt** i.S.v. § 31 SGB X erlassen hat, in dem sie die Einräumung einer zuvor beantragten Rechtsposition (z.B. die vollständige Befreiung von mengensteuernden Maßnahmen) abgelehnt hat.

2. Vor dem Hintergrund begrenzter Gesamtvergütungen kann dem Grunde nach kein vertragsärztlicher Leistungsbereich generell von **mengensteuernden Maßnahmen** ausgenommen werden (Anschluss an BSG, Urt. v. 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 29).

3. Werden in einem Honorarverteilungsmaßstab die mengensteuernden Maßnahmen unabhängig von dem tatsächlichen Zeitpunkt der Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb des Abrechnungsquartals festgelegt, ist die KV an diese **pauschalierende Vorgabe** gebunden.

Die Kl. ist eine aus sieben Fachärzten für Anästhesiologie bestehende BAG. Deren fachärztliche Mitglieder D (voller Versorgungsauftrag Anästhesiologie) und F (halber Versorgungsauftrag Anästhesiologie/halber Versorgungsauftrag für Leistungen der speziellen Schmerztherapie als Sonderbedarf) führen dabei die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ und erbringen dementsprechend auch schmerztherapeutische Leistungen. Gegenstand des Verfahrens ist das anhaltende Begehren der Kl. auf die Gewährung einer höheren Vergütung für die im Quartal IV/14 erbrachten schmerztherapeutischen Leistungen. Insoweit richtet sich ihre Klage zunächst dem Grunde nach gegen die Einbeziehung dieses Leistungsbereichs (bis auf die GOPen 30702 und 30704 EBM) in die im HVM IV/14 festgelegte PZV-Systematik; hilfsweise gegen die Ablehnung einer entsprechenden Härtefallanpassung für die von den fachärztlichen Mitgliedern der Kl. im Quartal IV/14 erbrachten schmerztherapeutischen Leistungen. Zumindest aber begehrt die Kl. statt eines zeitanteiligen ein volles Durchschnitts-PZV für ihr fachärztliches Mitglied F. **SG Kiel**, Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 761/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl. unter Änderung der PZV-Mitteilung und des Honorarbescheids für das Quartal IV/14 in Gestalt des Widerspruchsbescheids, über den Honoraranspruch der Kl. im Quartal IV/14 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

2. RLV: Keine Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei fehlender Atypik (Schmerztherapie)

LSG Hamburg, Urteil v. 29.11.2023 - L 5 KA 2/22

RID 24-01-2

www.juris.de
SGB V § 87b

Eine **Anerkennung von Praxisbesonderheiten** kommt nicht in Betracht, wenn **keine Atypik** der Leistungserbringung im Vergleich zu der Fachgruppe (hier: der Neurochirurgen) festgestellt werden kann, weil sämtliche streitigen Leistungen auch im Durchschnitt der - ausreichend großen - Fachgruppe in mehr als der Hälfte und bis zu fast 90% der Fallzahlen und von 16 der 21 Vertragsärzte der Arztgruppe erbracht werden. Dann handelt es sich bei der Erbringung dieser Leistungen um ein gewöhnliches - und kein spezielles - Leistungsangebot der Fachgruppe.

Die Kl., eine aus zwei Fachärzten für Neurochirurgie mit Zusatzausbildung „spezielle Schmerztherapie“ bestehende BAG, streitet um die Anpassung ihres RLV/QZV wegen Praxisbesonderheiten im Quartal III/13. **SG Hamburg**, Urt. v. 19.01.2022 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Individuelles Leistungsbudget

a) Berücksichtigung einer Nachzahlung für das Vorjahresquartal

LSG Hamburg, Urteil v. 29.11.2023 - L 5 KA 3/22

RID 24-01-3

www.juris.de
SGB V § 87b

Das der Honorarberechnung zugrunde gelegte individuelle Leistungsbudget (ILB) ist zu niedrig, wenn die KV die **Nachzahlung für das Vorjahresquartal** gem. angenommenem **Anerkenntnis** (möglicherweise auch angenommenem Vergleichsangebot) nicht berücksichtigt, wenn für die Berechnung des ILB nach dem HVM die tatsächlichen Honorarauszahlungen/-ansprüche einzustellen sind. Hierzu gehören auch Nachzahlungsbeträge. Eine Honorarnachzahlung unter Vertrauensschutzgesichtspunkten wird nicht „außerhalb der üblichen Honorierung“ vollzogen.

In der **Schlechterstellung der Neurochirurgen gegenüber den Radiologen**, bei denen ein Unterkontingent CT-gesteuerte Intervention gebildet wird, liegt kein Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG. Die Einführung von Unterkontingenten bei den Radiologen ist deshalb begründet, weil Verwerfungen durch die Veränderungen nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu den CT-gesteuerten Interventionen nicht auf die gesamte Gruppe der Radiologen haben durchschlagen sollen, da ein Großteil der Radiologen überhaupt keine derartigen Interventionsleistungen erbringt. Diese Erwägungen treffen auf die Gruppe der **Neurochirurgen** nicht zu, in der die streitigen Leistungen von einem Großteil der Behandler in der Mehrzahl der Behandlungsfälle erbracht werden, also **typisch** sind.

Die kl., aus zwei Fachärzten für Neurochirurgie mit Zusatzausbildung „spezielle Schmerztherapie“ bestehende BAG, begehrte die Neuberechnung ihres Honorars für das Quartal IV/13. **SG Hamburg**, Urt. v. 19.01.2022 wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., über das Honorar der Kl. für das Quartal IV/13 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden, und wies im Übrigen die Berufung der Kl. zurück.

b) Individuelles Leistungsbudget nach Ausscheiden des angestellten Jobsharingpartners

LSG Hamburg, Urteil v. 29.11.2023 - L 5 KA 10/22

RID 24-01-4

www.juris.de
SGB V §§ 87b, 101 I 1 Nr. 5

Es ist nicht zu beanstanden, dass Besonderheiten für zuvor im Jobsharing angestellte Ärzte im HVM nicht vorgesehen sind, denn der **angestellte Arzt** nimmt nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teil und die von ihm versorgten Patienten fließen nicht in ein eigenes, sondern in das von dem **anstellenden Vertragsarzt** abgeleitete **individuelle Leistungsbudget (ILB)** ein. Bei diesem verbleibt nach dem Ausscheiden des angestellten Arztes dessen ILB-Volumen auch, wobei es nicht darauf

ankommt, ob und inwieweit der anstellende Vertragsarzt in den Folgequartalen des ILB wieder erwirtschaften kann (vgl. bereits LSG Hamburg, Urte. v. 02.06.2021 - L 5 KA 10/18 - RID 21-03-7, juris Rn. 25). Für die Dauer des Jobsharings mit Leistungsbegrenzung sind Senior- und Juniorpartner vergütungsrechtlich wie ein Arzt zu behandeln, sodass das für den ausscheidenden Jobsharingpartner ausgewiesene ILB dem verbleibenden Jobsharingpartner zuzurechnen ist.

Die Beteiligten streiten um das ILB und das Honorar der kl., aus zwei Orthopäden bestehenden BAG für das Quartal IV/16 nach dem Ausscheiden einer Jobsharing-Partnerin. **SG Hamburg**, Urte. v. 07.09.2022 verpflichtete die Bekl., über den Antrag auf ILB-Anpassung und das Honorar der Kl. für das Quartal IV/16 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

4. Periradikuläre Therapien nur nach Maßgabe der GOP 34504 EBM

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.10.2022 - L 11 KA 35/18

RID 24-01-5

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGb V §§ 72 II, 81 III Nr. 1, 82 I 1, 87 I 1

Eine KV ist berechtigt und verpflichtet, durch Radiologen erbrachte **periradikuläre Therapien** nur nach der Maßgabe der **GOP 34504 EBM** i.V.m. der Vorbemerkung zu Abschnitt 34.5. Nr. 1 bis 3 EBM zu vergüten. Die genannten Bestimmungen finden ihre Ermächtigungsgrundlage in § 72 Abs. 2 i.V.m. § 82 Abs. 1 S. 1 SGB V. Sie bedurften keiner Regelung unmittelbar durch Parlamentsgesetz. Die Abrechnungsvorschriften verstoßen auch nicht gegen Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG.

Die kl. BAG mit drei Radiologen, die jeweils Inhaber einer Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der Computertomographie sind, gehören nach eigener Darstellung zu denjenigen Praxen, die überregional in größerem Umfang periradikuläre Therapie (PRT) im Rahmen der CT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistung bis zum Ablauf des Quartals I/13 erbracht haben. Mit Wirkung ab Quartal II/13 wurde die GOP 34502 EBM (CT-gesteuerte Intervention) aufgehoben. An deren Stelle traten die (streitgegenständliche) GOP 34504 EBM und die GOP 34505 EBM. **SG Dortmund**, Urte. v. 28.02.2018 - S 16 KA 69/16 - wies die auf Feststellung gerichtete Klage, dass Leistungen nach GOP 34504 EBM durch die Kl. erbracht werden können, ohne dass eine vorausgegangene interdisziplinäre Diagnostik erfolgt und ohne dass die in Ziffer 34.5 „Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen“ Nr. 1, 2 und 3 EBM genannten Bedingungen erfüllt sein müssen, ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Vergütung der spezieller Laborleistungen (Kap. 32.3 EBM) nach KBV-Vorgaben

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 01.03.2023 - L 11 KA 60/19

RID 24-01-6

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGb V § 87b

Eine **Entscheidung** über den Anspruch auf Erweiterung, Aussetzung bzw. Anpassung der **Mengenbegrenzung** im Speziallabor nach Kapitel 32.3 EBM kann die KV in einem isolierten Bescheid treffen, da es sich um eine mehrere Quartale umfassende Vorfrage handelt, die sie so „vor die Klammer“ ziehen kann. Da die Klägerin die **Quartalsabrechnungsbescheide** der Quartale II/13, II/14 und IV/14 jedoch nicht angegriffen hat und diese mithin Bestandskraft erlangt haben, ist für eine weitergehende gerichtliche Klärung in diesem zeitlichen Rahmen kein Raum.

Nach Teil E Ziff. 3.4.5 der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b IV SGB V („Die Regelungen nach 3.4.1 bis 3.4.3 sind für alle Nicht-Laborärzte verbindlich anzuwenden, es sei denn, betroffene Ärzte weisen der Kassenärztlichen Vereinigung nach, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. In diesem Fall kann die Kassenärztliche Vereinigung das Budget nach 3.4.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.“) ist keine reine Zuständigkeitszuweisung, sondern eine **Ermessensbetätigung** bzw. auch **Auswahlermessen** fordernde Regel (Festhalten an LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.01.2015 - L 11 KA 44/14 B ER - RID 15-02-5; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 28.01.2015 - L 11 KA 35/14 B ER - RID 15-02-11).

Die Beklagte hat sich ermessensfehlerfrei für die erforderliche **Atypik** daran orientiert, ob bei der Kl. eine **Praxisbesonderheit** anzuerkennen wäre und insofern eine Parallele zu § 6a HVM „Praxisbesonderheiten“ gezogen.

Die Beteiligten streiten über die Höhe der fallwertbezogenen Budgetierung der Vergütung der speziellen Laborleistungen nach Kapitel 32.3 EBM nach Teil E der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. SGB V zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen (letztlich noch) in den Quartalen III/13 bis II/15. Bei der Kl.

handelt es sich um eine BAG, der drei (später vier) Fachärzte für Dermatologie angehören. Praxismitglied K. ist als einziger Vertragsarzt berechtigt, Speziallaborleistungen abzurechnen. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 29.05.2019 - S 14 KA 174/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. 30%iger Abzug für Nichtvertragsärzte im ärztlichen Notdienst

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 06.12.2023 - L 7 KA 24/21

RID 24-01-7

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 75 I 1, Ib 1, 79 III 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Eine **Fuhrkostenbeteiligung** in Höhe von **30 Prozent des Honorars** für die abgerechneten EBM-Besuchsziffern ist für die Tätigkeit eines Nichtvertragsarzt im fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienst rechtlich beanstandungsfrei.

2. Niemand kann verlangen, dass eine ihn begünstigende rechtswidrige Handhabung von Vorschriften des Steuer- oder Abgabenrechts dauerhaft fortgesetzt wird (Kein Anspruch auf **Gleichbehandlung im Unrecht**).

3. Das bei der Bemessung der Fuhrkostenbeteiligung im fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienst zu beachtende **Äquivalenzprinzip** besagt lediglich, dass zwischen der Höhe des Beitrags und dem Nutzen des Beitragspflichtigen ein Zusammenhang besteht; die Beitragshöhe darf nicht in einem groben Missverhältnis zu den Vorteilen stehen, die der Beitrag abgelten soll (Hinweis auf BSG, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 34/12 R - SozR 4-2500 § 81 Nr. 6).

Die Kl., eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und an dem von der Bekl. getragenen fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnimmt, begehrte eine Vergütung ihrer Tätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst in den Quartalen II/15 und III/15 ohne Abzug einer 30-prozentigen „Fuhrkostenbeteiligung“. **SG Berlin**, Urt. v. 02.06.2021 - S 22 KA 29/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. Keine Aufrechnung einer Regressforderung aus Corona-Testzentrum mit Honorarabschlag

LSG Saarland, Beschluss v. 18.07.2023 - L 3 KA 1/23 B ER

RID 24-01-8

www.juris.de

CoronaTestV §§ 6 I Nr. 2, 7, 7a V 5; BGB § 387; SGG § 86b II 2;

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung kann gegenüber der Forderung auf **Abschlagszahlung** auf das vertragsärztliche Honorar eines **Vertragsarztes**, der als „beauftragter Dritter“ im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 2 CoronaTestV i.d.F. vom 21.09.2021 ein **Testzentrum** betrieben hat, mangels Aufrechnungslage nicht mit einer Regressforderung nach § 7a Abs. 5 CoronaTestV **aufrechnen**, da die Regressforderung materiell-rechtlich nicht der Kassenärztlichen Vereinigung zusteht und eine Verrechnung gemäß § 7a Abs. 5 Satz 5 TestV auf Forderungen von Leistungserbringern nach §§ 7 und 13 TestV beschränkt ist.

Der Ast., als Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, betrieb von Dezember 2021 bis November 2022 als „Beauftragter Dritter“ i.S.v. § 6 Abs. 1 Nr. 2 TestV ein Testzentrum. Die Ag. setzte mit Bescheid vom 13.01.2023 für die Monate Dezember 2021 bis einschl. Mai 2022 eine Regressforderung in Höhe von insgesamt 859.567,67 € fest. Die Ag. ordnete im April 2023 die sofortige Vollziehung der noch bestehenden Rückforderung in Höhe von 703.414,29 € an. Sie erklärte mit der festgesetzten Rückforderung die Aufrechnung gegenüber der Forderung des Ast. auf Abschlagszahlung auf das vertragsärztliche Honorar in Höhe von 50.000 €. **SG für das Saarland**, Beschl. v. 01.06.2023 - 2 KA 2/23 ER - stellte fest, dass die Forderung des Ast. gegen die Ag. (KV) auf Vorauszahlung in Höhe von 50.000 € für den Monat April 2023 nicht durch die Aufrechnungserklärung vom 12.04.2023 erloschen ist. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

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 Bkl. auch das **gesamte Honorar** der streitigen Quartale zurückfordern. Für die Senatsspr. zum Schätzungsermessen 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. Persönliche Leistungserbringung: Hoher Anteil der Laborleistungen am Gesamthonorar

SG München, Urteil v. 23.11.2023 - S 38 KA 11/19

RID 24-01-9

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a II; SGB X § 45

Leitsatz: I. Eine Verkürzung von Wartezeiten für Patienten stellt **keinen Vertretungsgrund** im Sinne von § 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV dar.

II. Eine **Vertretung durch Weiterbildungsassistenten** ist mit dem Sinn und Zweck der Weiterbildung (vgl. § 1 der Weiterbildungsordnung) nicht zu vereinbaren und ist deshalb grundsätzlich als **unzulässig** anzusehen, es sei denn, es liegt ein Notfall vor.

III. Aus einer **abweichenden Rezeptunterschrift** kann grundsätzlich geschlossen werden, dass der Vertragsarzt die von ihm abgerechneten Leistungen nicht erbracht hat und insoweit ein Verstoß gegen den Grundsatz der **persönlichen Leistungserbringung** (§ 32 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV) vorliegt (vgl. SG München, Urt. v. 01.07.2014 - S 21 KA 484/11 -; LSG Bayern, Urt. v. 01.06.2016 - L 12 KA 136/14 -; BSG, Beschl. v. 28.06.2017 - B 6 KA 73/16 B - RID 17-03-99). Eine unterschiedliche Behandlung von Erstrezepten und Wiederholungsrezepten ist nicht geboten.

IV. Im **Ausnahmefall** ist es aber gerechtfertigt, diesen Rückschluss nicht vorzunehmen, insbesondere wenn das **Tätigkeitsspektrum** (hier: Facharztinternisten mit dem Schwerpunkt **Endokrinologie** mit einem mehr als 50-prozentigen Anteil der Laborleistungen am Gesamthonorar) fundamental von dem anderer Facharztpraxen abweicht. Hier ist nicht von einem typischen Geschehensablauf im Sinne eines Anscheinsbeweises, bei dem nach allgemeiner Lebenserfahrung aufgrund einer hohen Wahrscheinlichkeit von der Rezeptunterschrift auf den Behandler geschlossen werden kann, auszugehen.

V. § 24 BMV-Ä schließt nicht aus, dass **Überweiser**, die derselben Fachgruppe angehören und die spezielle Behandlungsleistungen zwar erbringen können, aber rein faktisch nicht erbringen, an einen anderen Arzt überweisen.

Der Kl. war in dem strittigen Zeitraum als Internist mit dem Schwerpunkt Endokrinologie zugelassen. Er befand sich in Praxisgemeinschaft mit F. und M1., beide ebf. Internisten mit dem Schwerpunkt Endokrinologie. Nach einer Plausibilitätsprüfung für die Quartale IV/11 bis III/16 forderte die Bkl. Honorar in Höhe von 584.944,39 € zurück. Auch bei F. und M1. fand eine Plausibilitätsprüfung statt, die zu einer Rückforderung (73.954,93 €; 100.745,04 €; Quartale IV/14 bis IV/16) führte. Die ebf. beim SG anhängigen Verfahren (S 38 KA 196/21 und S 38 KA 318/21) wurden auch am 23.11.2023 entschieden. Nach den Ausführungen der Bkl. im Widerspruchsbescheid waren neben den drei in Einzelpraxis tätigen Ärzten laut Internetauftritt in der Praxisgemeinschaft auch P. und B. tätig, die aber vertragsärztlich nicht zugelassen waren. Weitere Ärzte waren in der Praxisgemeinschaft als Sicherstellungsassistenten bzw. als Weiterbildungsassistenten tätig, sowie angestellte Ärzte (Z., Internist, Kardiologie, Pneumologie, Tätigkeitsende 20.02.2015, und S., hausärztlich tätige

Ärztin, Tätigkeitsende: 15.05.2014). Gegen den Kl. fand ein Ermittlungsverfahren vor der Staatsanwaltschaft statt. Dieses endete mit einem Strafbefehl, verbunden mit einer Geldbuße. Die Bekl. führte u.a. aus, es habe ab dem Quartal III/14 einen erheblichen, nicht nachvollziehbaren Fallzahlenanstieg gegeben. Es sei zu sehr hohen Abrechnungen der GOP 01436 (Konsultationspauschale) und 01602 (Mehrfertigung <z. B. Kopie> eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt) gekommen. Auch seien Leistungen außerhalb der Praxis in einer Filiale erbracht worden, obwohl diese nur bis zum 30.06.2011 genehmigt gewesen sei. Hauptsächlich wurde die Plausibilitätsprüfung auf den Vorwurf gestützt, der Kl. habe nicht genehmigte Ärzte beschäftigt. Vielfach hätten sich auf den Rezepten andere Unterschriften befunden (auch von nicht genehmigten Ärzten und Weiterbildungsassistenten), woraus zu schließen sei, dass der Kl. auch die ärztliche Leistung nicht persönlich erbracht habe. Festzustellen sei ferner, dass Auftragsüberweisungen innerhalb der Praxisgemeinschaft hoch seien. Das **SG** verpflichtete die Bekl., über den Widerspruch des Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu verhandeln und zu entscheiden, soweit der Rechtsstreit nicht für erledigt erklärt wurde.

2. Hausärztliche Versichertenpauschale: Befragung am Empfangstresen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.09.2023 - L 7 KA 29/20

RID 24-01-10

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Leitsatz: 1. Die **hausärztliche Versichertenpauschale** kann nur bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden, der auf die Feststellung des Vorliegens bzw. Nichtvorliegens einer Erkrankung ausgerichtet ist und ggf. auf die Ergreifung von Behandlungsmaßnahmen abzielt, die die Krankheit heilen oder lindern.

2. Die grob-fahrlässige Abgabe einer **unrichtigen Abrechnungs-Sammelerklärung** bzgl. eines Behandlungsfalles berechtigt die Kassenärztliche Vereinigung zu einer **umfassenden sachlich-rechnerischen Richtigstellung** auch hinsichtlich solcher GOP, in denen sie eine unrichtige Abrechnung aufgrund von Auffälligkeiten annimmt, wenn der Vertragsarzt mangels ausreichender Dokumentation eine vollständige Leistungserbringung nicht nachweisen kann.

3. Die bloße **Befragung eines Patienten zum Grund seiner Vorsprache am Empfangstresen** durch den Vertragsarzt persönlich und die „medizinische Verwertung“ der getätigten Angaben stellt **keine kurativ-ambulante Behandlung** dar, die zur Abrechnung der hausärztlichen Versichertenpauschale berechtigt.

Umstritten ist die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung des Honorars des Kl., eines Hausarztes, für die Quartale I/12 bis III/13 und IV/14 bis III/15 in Höhe von insgesamt noch 332.115,13 €. Im streitigen Zeitraum beschäftigte der Kl. in seiner Einzelpraxis keine Mitarbeiter. Er organisierte daher seinen Praxisalltag wie folgt: Der Kl. führte ausschließlich offene Sprechstunden ohne Vorbestellung durch. Die Patienten stellten sich in eine Warteschlange, die teilweise bis in den Hausflur reichte. In seiner Praxis begrüßte der Kl. die Patienten selbst am Empfangstresen in der Reihenfolge ihres Erscheinens, nahm die Versichertenkarte entgegen und befragte sie bereits dort nach dem Grund ihres Besuches, ihrem Befinden und/oder nach der Medikamenteneinnahme. Die von den Patienten getätigten Angaben verwertete er nach seinen eigenen Angaben medizinisch. Er selbst stellte sodann Rezepte (auch im Wiederholungsfall) und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie Atteste über Schulunfähigkeit aus. Der Tätigkeitsschwerpunkt des Kl. lag an Tagen mit vielen Patienten in der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Schulunfähigkeitsattesten aufgrund von Diagnosen wie R51 (Kopfschmerz), J00 (Erkältungsschnupfen), K29.1 (akute Gastritis), M54.4 (Lumboischialgie), J03.9 (akute Tonsillitis) und R11 (Übelkeit und Erbrechen). In seiner Patientenkartei dokumentierte er die gestellte Diagnose, die abgerechnete Leistung (GOP), ggf. verordnete Medikamente, ausgestellte Bescheinigungen sowie die Dauer einer etwaigen Arbeitsunfähigkeit. **SG Berlin**, Urt. v. 29.07.2020 - S 83 KA 101/18 - RID 20-04-2 hob den angefochten Bescheid in Bezug auf die Quartale I/12 bis III/13 vollständig auf und in Bezug auf die Quartale IV/14 bis III/15 auf, soweit das Honorar insgesamt um mehr als 4.153,44 € gekürzt wurde. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** wies auf die Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab.

3. Erlöschen einer Genehmigung für psychotherapeutische Leistungen nach Kassenwechsel

SG Kiel, Urteil v. 09.02.2020 - S 2 KA 283/18

RID 24-01-11

www.juris.de
SGB V § 106d

Nach **Kassenwechsel** erlischt eine **Genehmigung** für **psychotherapeutische Leistungen**. Die frühere Genehmigung entfaltet keine Fortwirkung über das Ende der Versicherung bei der früheren Krankenkasse hinaus. Die Pflicht der Krankenkasse, nach Erlöschen ihrer Leistungspflicht während einer laufenden Behandlung unverzüglich den die Psychotherapie ausführenden Therapeuten zu **unterrichten** (§ 13 Abs. 6 Psychotherapie-Vereinbarung), führt bei Versäumnis nicht dazu, dass die vorherige Genehmigung für die Versicherung bei der neuen Krankenkasse fortwirkt und einer sachlich-rechnerischen Berichtigung die Grundlage entzogen ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

Anders SG München, Ur. v. 22.06.2023 - S 38 KA 125/22 - RID 23-03-10.

4. Nr. 38 (N) BEMA-Z: Keine Notwendigkeit einer vorausgehenden chirurgischen Leistung

SG Potsdam, Urteil v. 06.12.2023 - S 1 KA 19/22

RID 24-01-12

SGB V § 106d

Nr. 38 BEMA-Z (Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung, 10 Punkte <N>) setzt nicht voraus, dass immer eine **chirurgische Leistung** vorausgehen muss. Bei Vorliegen einer **Dentitio diffiziles** (erschwerter Zahndurchbruch mit Entzündung des den Zahn umgebenden Weichteilgewebes) ist die Abrechnung der Nr. 38 BEMA-Z nicht ausgeschlossen. Dies bereits dann, wenn nur ein Einschnitt erfolgt. Auch wird für eine Tamponade bzw. Drainage kein chirurgischer Eingriff vorausgesetzt.

Das **SG** wies die auf eine weitere sachlich-rechnerische Richtigstellung für das Quartal I/20 zielende Klage der Krankenkasse ab.

III. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Keine wiederkehrende Beratungspflicht der Prüfungsgremien

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 21.11.2023 - L 4 KA 5/22

RID 24-01-13

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106 II, V 2

Leitsatz: Prüfungsgremien haben **keine mehrmalige Beratungspflicht** vor einem Regress ärztlich erbrachter Einzelleistungen.

Die Wirtschaftlichkeit ärztlich erbrachter Leistungen wird quartalsweise geprüft, so dass Entscheidungen der Prüfungsgremien für ein Quartal **kein Präjudiz für nachfolgend geprüfte Quartale** entfalten.

Die kl. Ärztin für Allgemeinmedizin wandte sich gegen einen Regress für die Abrechnung von Gesprächsleistungen (Absetzung der GOP 35100 und 35110 EBM für die Quartale IV/14 bis III/15 i.H.v. insgesamt 24.457,73 €). **SG Kiel**, Ur. v. 25.05.2022 - S 2 KA 19/19 - hob den angefochtenen Beschl. auf, das **LSG** wies auf die Berufung des Bekl. die Klage ab.

2. Prävalenzprüfung/Nr. 35100 EBM: Verhältnis der F-Diagnosen

SG Marburg, Urteil v. 31.01.2024 - S 17 KA 319/21, S 17 KA 320/21

RID 24-01-14

www.juris.de

SGB V § 106 II 4, III

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

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

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

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

Die Beteiligten streiten über Honorarprüfungen betreffend die Quartale I/15 bis IV/16 (S 17 KA 319/21) und I/17 bis IV/18 (S 17 KA 320/21) wegen eines „offensichtlichen Missverhältnisses“ im Vergleich zur Fachgruppe bei der GOP 35100 EBM (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände). Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Seit 1982 ist er in einer Einzelpraxis niedergelassen. Er verfügt über die Genehmigung für die „Psychosomatische Grundversorgung“. Das **SG** verpflichtete den Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Vgl. zuletzt SG Marburg, RID 23-04-10 bis RID 23-04-12.

3. Arzneikostenregress

a) Richtgrößenprüfung/Erhöhter Behandlungsbedarf: Betreuung von älteren Patienten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.11.2023 - L 5 KA 3043/21

RID 24-01-15

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 84 VI, 106; BGB § 730

Leitsatz: Die Betreuung von **älteren Patienten** in einem **Pflegeheim** könnte eine **Praxisbesonderheit** darstellen; dies aber nur dann, wenn nachweisbar ein erhöhter Behandlungsbedarf besteht.

Im Streit steht die Festsetzung einer individuellen Beratung wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens für Arzneimittel für das Jahr 2013. Die Kl. waren bis 2022 als Fachärzte für Allgemeinmedizin (hausärztliche Internisten) in einer BAG zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. **SG Stuttgart**, Urt. v. 26.06.2021 - S 5 KA 6924/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Verordnung von Dronabinol-Rezeptur

SG Marburg, Urteil v. 13.12.2023 - S 18 KA 131/22

RID 24-01-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31 VI, 106 II, 106c

Leitsatz: Das in § 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V normierte **Genehmigungserfordernis** gilt auch in Fällen, in denen die Therapie mit **Cannabisprodukten** (hier: Dronabinol) bereits vor Inkrafttreten der Norm begonnen wurde. In diesen Fällen ist bei der ersten Verordnung nach Inkrafttreten von § 31 Abs. 6 SGB V die Genehmigung der Krankenkasse einzuholen.

Der beklagte **Beschwerdeausschuss** kann seine Sitzungen im Wege der **Videokonferenz** abhalten. Die in § 7 der Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Hessen

in der Fassung vom 26.08.2020 geschaffene Möglichkeit, eine Sitzung als Videokonferenz durchzuführen, reicht hierfür als Rechtsgrundlage aus.

Die Beteiligten streiten um einen Arzneikostenregress für die Verordnung von Dronabinol-Rezeptur für die Quartale III und IV/17 in Höhe von 1.693,56 €. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Erstverordnung von Sprechtherapie als „Folgeverordnung“/Fehlende Begründung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 29.11.2023 - L 3 KA 12/21

RID 24-01-17

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 32 I, 106 II 4

Leitsatz: Ein Vertragsarzt, der die notwendige **Genehmigung** einer Heilmittelversorgung außerhalb des Regelfalls durch die Krankenkasse **vereitelt** hat, weil er die Verordnungen lediglich als **Folgeverordnung** gekennzeichnet hat, muss der Kasse den Schaden ersetzen, der sich aus der unberechtigten Bezahlung der Heilmittelerbringer ergibt.

Der kl. Facharzt für HNO-Heilkunde wandte sich gegen einen von der Prüfungsstelle festgesetzten Regress wegen der Verordnung von Heilmitteln in den Quartalen I bis IV/11 in Höhe von 10.173,75 €. **SG Hannover**, Ur. v. 13.01.2021 - S 20 KA 34/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Zulassungsrecht

1. Praxisnachfolge

a) Bewerberauswahl: Richtlinienverfahren bei Psychotherapeuten

SG Marburg, Beschluss v. 11.12.2023 - S 17 KA 306/23 ER

RID 24-01-18

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 103 IV, V 3; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Bei der **Bewerberauswahl im Nachbesetzungsverfahren** kann das praktizierte **Richtlinienverfahren bei Psychotherapeuten** ein zulässiger Aspekt sein.

2. Die Sicherstellung der Versorgung begründet einen **Anordnungsgrund**, wenn sonstige Interessen der Beteiligten nicht entgegenstehen.

Nach Ausschreibung des Vertragspsychotherapeutensitzes der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin Dipl.-Päd. E. (häufige Zulassung, Richtlinienverfahren tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie) entschied der Zulassungsausschuss/Psychotherapie zugunsten der Ast. und lehnte die Anträge des Beigel. zu 8) und K. ab. Gegen die Entscheidung legte der Beigel. zu 8) im Oktober 2023 Widerspruch ein, über den der Ag. erst am 13.03.2024 entscheiden kann. Die Ast. ist seit Mai 2023 approbiert und verfügt über die Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Der Beigel. zu 8) hatte die Erhöhung des Arbeitszeitrahmens des bei ihm angestellten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten M. von Anrechnungsfaktor 0,5 auf Anrechnungsfaktor 1,0 beantragt. M. verfügt über die Genehmigung zur Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen als Einzeltherapie und ist seit November 2019 approbiert. Das **SG** ordnete die sofortige Vollziehung des Beschl. des Zulassungsausschusses vom 21.09.2023 bis zur Entscheidung über den Widerspruch des Beigel. zu 8) an.

b) Keine Nachrangregelung bei zwei nicht ärztlich bestimmten MVZ

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 18.10.2023 - L 7 KA 26/23 B ER

RID 24-01-19

www.sozialgerichtsbarkeit.de
§ 103 Abs. 4c S. 3 u. 4

Leitsatz: Die **Nachrangregelung** des § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V ist nicht anwendbar, wenn sich bei der Auswahl des Praxisnachfolgers **zwei medizinische Versorgungszentren** gegenüberstehen, bei denen die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei den dort tätigen Ärzten liegt. Dies gilt auch dann, wenn eines der medizinischen Versorgungszentren die Voraussetzungen der **Bestandsschutzregelung** des § 103 Abs. 4c Satz 4 SGB V erfüllt.

SG Berlin, Beschl. v. 10.07.2023 - S 87 KA 362/23 ER - lehnte es ab, die aufschiebende Wirkung der Klage (S 87 KA 350/23) gegen den Beschl. des Ag. anzuordnen. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

c) Ablehnung einer Nachbesetzung: Keine Entschädigung wegen fehlenden Praxissubstrats

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.11.2023 - L 5 KA 3221/22

RID 24-01-20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 103 IIIa 13

Leitsatz: Hinsichtlich der Frage, „ob“ eine **Entschädigung** nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V zu zahlen ist, hat die **Kassenärztliche Vereinigung** keine eigene **Prüfungskompetenz**. Sie ist an die Entscheidung und die Feststellungen des Zulassungsausschusses im Verfahren nach § 103 Abs. 3a Satz 1 SGB V gebunden. Prüfungsgegenstand des Verfahrens beim Zulassungsausschuss ist auch die Frage, ob eine **fortführungsfähige Praxis** im Umfang des nachzubesetzenden Versorgungsauftrags vorliegt. Wenn dies nicht der Fall ist, ist der Antrag schon deshalb abzulehnen; in diesem Fall kommt eine Entschädigung nicht in Betracht.

Im Streit steht eine Entschädigung wegen der Ablehnung eines Nachbesetzungsverfahrens für die Praxis der Kl. Die Kl. war seit 1993 als Fachärztin für Allgemeinmedizin am Standort B1 mit vollem Versorgungsauftrag zugelassen. Ihre Praxis führte sie im Rahmen einer Praxisgemeinschaft mit L1 und mit der Ärztin M1. Am 21.02.2016 beantragte sie die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens. Am 16.06.2016 erklärte sie wegen einer anderweitigen Tätigkeit den Verzicht auf die Zulassung mit Wirkung zum 30.09.2016 und beantragte die Frist für das Wirksamwerden des Verzichts in Bezug auf den hälftigen Versorgungsauftrag auf den 30.06.2016 zu verkürzen, hilfsweise den Versorgungsauftrag ab dem 01.07.2016 auf einen hälftigen Versorgungsauftrag zu beschränken. Am 30.09.2016 stellte sie ihre Praxistätigkeit am Standort F1 ein. Der Zulassungsausschuss erklärte mit Beschl. v. 22.06.2016 die Verzichtserklärung der Kl. für unzulässig und beschränkte den Versorgungsauftrag der Kl. ab dem 01.07.2016 auf die Hälfte. Das Vorgehen der Kl. stelle eine Aufspaltung des Versorgungsauftrages dar, welcher aufgrund des Grundsatzes der Einheitlichkeit des Vertragsarztsitzes nicht möglich sei. Der Berufungsausschuss hob mit Beschl. v. 28.02.2017 auf den Widerspruch der Kl. diesen Beschl. auf und stellte fest, dass die Kl. mit Wirkung zum 30.09.2016 wirksam auf ihre vertragsärztliche Zulassung für den Vertragsarztsitz in F1 verzichtet habe. Der Verzicht der Kl. habe sich von Anfang an auf den ganzen Vertragsarztsitz bezogen. Der Zulassungsausschuss lehnte mit weiterem - zwischenzeitlich bestandskräftigem Beschl. v. 22.06.2016 den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ab. Die Praxis der Kl. habe in den Quartalen IV/14 bis IV/15 auch unter Berücksichtigung ihrer zeitweisen Arbeitsunfähigkeit nicht dem Umfang einer vollen Zulassung entsprochen. Sie habe teilweise nur eine Fallzahlenfallzahl von ca. 18 % der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe der Hausärzte im Zeitraum von mindestens fünf Quartalen erreicht. Es fehle es an einem übergabefähigen Praxissubstrat. Im Juli 2017 machte die Kl. gegenüber der bekl. KV einen Anspruch auf Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes geltend. Die Bekl. wies **Bescheid vom 02.10.2018** den Antrag zurück, weil eine fortführungsfähige Praxis nicht vorliege. Den Widerspruch der Kl. wies die Bekl. mit **Widerspruchsbescheid vom 15.04.2019** zurück. **SG Stuttgart**, Urt. v. 18.07.2022 - S 5 KA 2458/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Nachbesetzung der eingebrachten Arztstelle bei sog. Altfällen (vor 04.05.2016)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.12.2022 - L 11 KA 7/21

RID 24-01-21

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

Wurde der **Nachbesetzungsantrag vor dem 04.05.2016** gestellt (hier: am 02.03.2016) handelt es sich nach BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 21/15 R - BSGE 121, 143 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 20, juris Rn. 31 um einen sog. **Altfall**, bei dem eine strikte Ausrichtung des Willens zum „Tätigwerden“ in einem MVZ für die Dauer von drei Jahren nicht erforderlich ist. Es müssen gleichwohl hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der früher zugelassene Arzt, der vor Ablauf von drei Jahren seine Tätigkeit im MVZ wieder beendet hat, dort zumindest eine gewisse Zeit tätig werden wollte. Eine „gewisse Zeit“ muss dabei länger als ein bis zwei Quartale umfassen.

Gegen eine entsprechende Absicht können **konkrete Pläne des Arztes zur Beendigung seiner Tätigkeit** sprechen, aber auch **Umstände aus der Sphäre des MVZ**. Je kürzer die Dauer der Tätigkeit, desto höhere Anforderungen sind an den Nachweis der Umstände zu stellen, die die Absicht zur Ausübung der Angestelltentätigkeit für eine längere Dauer dokumentieren.

Plante ein MVZ bereits **nach einem Quartal der Beschäftigung eines Arztes dessen Nachbesetzung** und stellte sie **nach einer nur sechstägigen Tätigkeit des Arztes**, ohne dass dieser einen krankheitsbedingten Ausfall auch nur angekündigt hätte, einen **Nachbesetzungsantrag** in Bezug auf

seine Arztstelle mit Benennung konkreter Ärzte, so kann die eingebrachte Arztstelle nicht nachbesetzt werde.

Bestehen bei Beginn des Anstellungsverhältnisses keine hinreichenden Anhaltspunkte für die **Absicht einer hinreichend langen Tätigkeit** bzw. lassen sich am Vorliegen einer Absicht hinreichende Zweifel verifizieren, so kommt es nicht darauf an, ob zu einem späteren Zeitpunkt Umstände (wie bspw. eine **Arbeitsunfähigkeit**) eingetreten sind, die auch bei Vorliegen einer entsprechenden Absicht eine frühere Beendigung seiner Tätigkeit gerechtfertigt hätten.

Streitig ist die Nachbesetzung eines Anstellungsverhältnisses in einem MVZ. Die Kl. betreibt ein im Wesentlichen internistisch ausgerichtetes MVZ. T. und L. verzichteten zum 01.07.2016 zu Gunsten der Genehmigung einer Anstellung bei der Kl. auf ihre Zulassung. Am 08.07.2016 teilte die Kl. dem Zulassungsausschuss mit, dass T. und L. ihre Tätigkeiten im MVZ am 30.09.2016 beenden würden. Eine Nachbesetzung der Anstellungsgenehmigungen für T. und L. solle durch X. (Faktor 0,25), U. (Faktor 0,25), N. (Faktor 0,5) und A. (Faktor 0,5 ab 01.11.2016) sowie durch eine Erweiterung des Beschäftigungsumfanges von Y. (von 0,5 auf 0,75) und Herrn Q. (von 0,5 auf 0,75) erfolgen. Die Übersendung der betreffenden Anstellungsverträge bzw. Änderungsverträge erfolgte am 11.07.2016. Der Zulassungsausschuss entschied im September 2016, dass die Genehmigung der Anstellung von T. wegen Nichtaufnahme der Anstellungstätigkeit nach §§ 19 Abs. 3, 1 Abs. 3 Nr. 2 Ärzte-ZV mit Wirkung zum 01.07.2016 beendet und die Nachbesetzung des Anstellungsverhältnisses nach § 103 Abs. 4b SGB V ausgeschlossen sei, ferner lehnte er die Nachbesetzung durch Frau N. und die Änderung des Beschäftigungsumfanges der Herren Y. und Q. ab. Der Bekl. wies den Widerspruch der Kl. zurück. **SG Detmold**, Urt. v. 09.12.2020 - S 5 KA 4/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Im Berufungsverfahren war (nur) noch die Feststellung streitgegenständlich, dass der Beschluss des Bekl. insoweit rechtswidrig war, als die Anträge auf Beschäftigung von N. bzw. auf Änderung des Beschäftigungsumfanges von Herrn Q. und Y. abgelehnt worden sind.

3. Zulassungsentziehung/Sofortvollzug: Gravierende Verletzung von Dokumentationspflichten

SG München, Beschluss v. 16.08.2023 - S 28 KA 428/23 ER

RID 24-01-22

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95 VI; SGG § 86b I 1 Nr. 2

In ärztlichen Statussachen kann ausnahmsweise der **Zulassungsausschuss Antragsgegner** sein, wenn sich der Antragsteller gegen die von diesem erlassene Anordnung des Sofortvollzugs wendet und der Berufungsausschuss mit der Sache noch nicht befasst war.

Der **Zulassungsausschuss** ist grundsätzlich befugt, den **Sofortvollzug** seiner Entscheidung anzuordnen (LSG Bayern, Urt. v. 19.09.2012 - L 12 KA 59/11 - RID 13-01-18, juris Rn. 22).

Im Fall der **gravierenden Verletzung von Dokumentationspflichten** kann eine **Zulassungsentziehung** möglich und die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** zulässig sein, wenn eine **Patientengefährdung** durch eine Fehlbehandlung infolge fehlender oder fehlerhafter Aufzeichnungen in den Krankenakten nicht auszuschließen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Dokumentation der Therapiesicherung dient. Sie ist eine selbstverständliche therapeutische Pflicht gegenüber dem Patienten und soll eine sachgerechte Behandlung und Weiterbehandlung ermöglichen (LSG Bayern, Beschl. v. 05.01.2011 - L 12 KA 116/10 B ER - RID 11-01-56, juris Rn. 30 m.w.N.).

Der Zulassungsausschuss (Ag. zu 1) entzog dem Ast., einem seit 1981 zugelassenem Internisten mit dem Schwerpunkt Pneumologie, der seit 1996 nur noch an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt und eine Einzelpraxis betreibt, mit Beschluss vom 17.05.2023 (Bescheid vom 02.06.2023) vollständig die Zulassung wegen gröblicher Verletzung vertragsärztlicher Pflichten (insb. erheblich und durchgängig unzureichende Dokumentation) und ordnete die sofortige Vollziehung an. Hiergegen legte der Ast. Widerspruch ein. Er beantragte vorläufigen Rechtsschutz. Das **SG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs des Ast. gegen den Beschl. des Ag. zu 1 vom 17.05.2023 ab.

4. Sozialpädiatrisches Zentrum: Anforderungen an ärztlichen Leiter/Anfechtungsbefugnis

SG Nürnberg, Urteil v. 28.11.2023 - S 13 KA 5/20

RID 24-01-23

SGB V § 119

Das **Altöttinger Papier** erachtet beim **ärztlichen SPZ-Leiter** den Schwerpunkt Neuropädiatrie als optimal und verlangt eine Zusatzqualifikation, z.B. in Neuropädiatrie, von sonstigen Ärzten des SPZ

nur „nach Möglichkeit“. Beim **Arzt eines zweiten SPZ-Teams** den **Schwerpunkt Neuropädiatrie** als Zusatzqualifikation zu verlangen, geht in doppelter Hinsicht und damit deutlich über die Vorgaben des Altöttinger Papiers hinaus und überschreitet den Beurteilungsspielraum des Berufungsausschusses. Juristische Personen des öffentlichen Rechts - und damit auch ein **Universitätsklinikum** als Anstalt des öffentlichen Rechts - sind grundsätzlich nicht grundrechtsfähig. Sie haben keine **Anfechtungsbefugnis** in Bezug auf die Erteilung einer SPZ-Ermächtigung an einen Dritten.

Die Kl. zu 1) bis 4) sind alle Träger eines Klinikums. Der Bekl. ermächtigte jeweils die Kl. zu 1) und 4) bis Juni 2026 zum Betrieb eines SPZ. Die sofortige Vollziehung der Entscheidung wurde angeordnet. Die Anträge der Kl. zu 2) und 3) blieben erfolglos. LSG Bayern, Beschl. v. 08.11.2022 - L 12 KA 17/22 B ER - RID 22-04-37 lehnte einen Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage insgesamt ab. Das SG verband alle vier Klageverfahren. Die Kl. zu 2) zog die Klage zurück. Das **SG** wies die Klage der Kl. zu 3) und 4) ab. Auf die Klage der Kl. zu 3) verurteilte es den Bekl., über die Anträge der Kl. zu 1), 3) und 4) auf Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

5. Kostentragung einer Beigeladenen nach Rücknahme des Widerspruchs im ER-Verfahren

SG München, Beschluss v. 30.10.2023 - S 38 KA 482/23 ER

RID 24-01-24

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31a I; SGG § 197a I 1; VwGO § 161 II

Leitsatz: I. Zur Frage der Auferlegung von **Kosten** auf den Beigeladenen, wenn ein notwendig nach § 75 Abs. 2 SGG **beigeladener Arzt** den **Widerspruch** gegen eine **Ermächtigung zurücknimmt** und damit der Antrag des ermächtigten Arztes nach § 86b Abs. 1 Ziff. 1 SGG übereinstimmend vom Antragsteller und der Antragsgegnerin für erledigt erklärt wird.

II. Die Auferlegung von Kosten nach § 154 Abs. 3 SGG setzt voraus, dass der Beigeladene **Anträge im Antragsverfahren** gestellt hat. Die durch den Beigeladenen erfolgte Widerspruchseinlegung ist nicht einer Antragstellung im Antragsverfahren gleichzusetzen.

III. Die Auferlegung von Kosten nach § 155 Abs. 4 SGG setzt voraus, dass die Kosten durch **Verschulden eines Beteiligten** entstanden sind. Zu den Beteiligten gehört auch der Beigeladene (§ 69 SGG). Wird ein Widerspruch mutwillig eingelegt, so ist ein Verschulden zu bejahen.

Der Ast. ist Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie und seit Sept. 2020 Chefarzt einer Klinik. Der Zulassungsausschuss ermächtigte ihn im Sept. 2022 erneut zur Behandlung hämato-/onkologischer Patienten, Durchführung von Endosonographien und Behandlung von Patienten mit chronischen Darmerkrankungen sowie hepatologischer Krankheitsbilder auf Überweisung durch Vertragsärzte mit Wirkung zum 01.10.2022 bis 30.09.2024. Bei der Beigel. handelt es sich um ein MVZ (GmbH) in Form einer überörtlichen BAG, das ebf. gastro-enterologische Leistungen und Behandlungen erbringt und auch schwerpunktmäßig hämato-onkologisch tätig ist. Hiergegen legte die Beigel. Widerspruch ein, beschränkt auf die Ermächtigung zur Behandlung hämato-onkologischer Patienten, den sie nicht begründete. Der Ast. stellte den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung. Die Beigel. nahm nach ihrer Beiladung den Widerspruch im Oktober 2023 zurück. Der Rechtsstreit wurde für erledigt erklärt. Das **SG** hob die Kosten des Ast. und die Kosten des Ag. gegeneinander auf und stellte fest, dass außergerichtliche Kosten der beigeladenen K. nicht zu erstatten sind.

V. Gesamtvergütung/GBA/Hochschulambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung/Aufwendungsersatz

1. Gesamtvergütung/Verjährungsbeginn: Rechnungserteilung als Fälligkeitsvoraussetzung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 03.05.2023 - L 11 KA 3/22

RID 24-01-25

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 25/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 I 3, 82 II, 83 I 1, II 1, 85 I; BGB §§ 157, 271 II; SGB I § 45 I

Klauseln, die ein **Zahlungsziel** einräumen, sind dabei als eine **Leistungszeitbestimmung** im Sinne von § 271 Abs. 2 BGB anzusehen und nicht lediglich als ein Verzicht auf die Durchsetzung eines

schon früher fälligen Anspruchs oder als die Bestimmung des Verzugsbeginns (BGH, Urt. v. 01.02.2007 - III ZR 159/06 - BGHZ 171, 33 ff., Rn. 17).

Wenn eine **Rechnungserteilung** als **Fälligkeitsvoraussetzung** vorgeschrieben ist, beginnt der **Lauf der Verjährungsfrist** nicht vor dem Zugang einer prüfbaren Rechnung. Die Erteilung der Rechnung selbst markiert den Verjährungsbeginn, nicht etwa der Zeitpunkt in dem sie hätte erteilt werden können oder gar müssen.

Der Anspruch der Kl. ist auch nicht etwa deshalb **verwirkt**, weil sie eine zeitnahe - endgültige - Abrechnung unterlassen hat.

Die Beteiligten streiten darüber, ob die kl. KV und die bekl. Krankenkasse (auch als sog. Erstreckungskrankenkasse für den Rechtskreis B.) Anspruch auf Zahlung rückständiger Gesamtvergütung bzw. Erstattung überzahlter Gesamtvergütung für die Jahre 2006 bis 2008 haben. **SG Dortmund**, Urt. v. 03.09.2018 - S 16 KA 107/16 - wies Klage und Widerklage ab. Das **LSG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die kl. KV 47.258,03 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies die Berufung der Bekl. zurück.

2. Stellungnahmerecht vor GBA/Vertragszahnärztl. Versorgung: Spitzenverband der Ergotherapeuten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 06.09.2023 - L 7 KA 5/20 KL

RID 24-01-26

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 92 VI 2, 125, 138

Leitsatz: Das **Stellungnahmerecht** zu Änderungen der bestehenden **Heilmittelrichtlinien** nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V kann aufgrund der Wechselwirkung zu § 125 SGB V nicht weiter gehen als das inhaltliche Recht zum Abschluss der Heilmittelverträge mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Aufgrund des derzeit bestehenden **Ausschlusses der Ergotherapie** als Heilmittel im Bereich der **vertragszahnärztlichen Versorgung** hat ein **Spitzenverband der Ergotherapeuten** kein Stellungnahmerecht zur Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte.

Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Vergütung der Hochschulambulanzen: Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 05.10.2023 - L 5 KA 10/22 KL

RID 24-01-27

Revision zugelassen

www.juris.de

SGB V §§ 71, 117 I 3 u. 4, 120 II; KHG § 18a

Seit dem 23.07.2015 ist für die **Vergütung der Hochschulambulanzen** die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung unter Wahrung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität maßgeblich und erfolgt die Beurteilung der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung nach § 120 Abs. 2 SGB V nach einem zweistufigen Prüfungsprogramm (Anschluss an BSG, Urt. v. 17.11.2022 - B 6 KA 9/21 R - SozR 4).

Die Vergütungsfestsetzung für die Jahre 2019 und 2020 ist rechtswidrig, weil die bekl. Schiedsstelle auf der vorhandenen Datengrundlage **keine Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität** hätte bejahen dürfen. Denn die von der beigel. Trägerin des Universitätsklinikums vorgelegte Kalkulation ihrer voraussichtlichen Kosten für die Jahre 2019 und 2020 hat sich nicht dazu verhalten, ob und inwiefern konkrete **Veränderungen** gegenüber den der Vergütungsvereinbarung vom 29.09.2017 zu Grunde liegenden Verhältnissen eingetreten sind, welche die beschlossene Erhöhung der für 2018 vereinbarten Vergütung über den Veränderungssatz hinaus rechtfertigen. Es ist auch nicht substantiiert dargelegt worden, inwiefern schon vor der Vergütungsvereinbarung vom 29.09.2017 konkrete **Veränderungen der Kostenstruktur** eingetreten waren, die damals außer Betracht geblieben sind und jetzt nachgeholt wurden.

Die Beteiligten streiten über die von der bekl. Schiedsstelle festgesetzte Höhe der Vergütung für Leistungen der von der beigel. Universitätsklinik betriebenen Hochschulambulanzen - mit Ausnahme der Zahnmedizin - für die Jahre 2019 und 2020. Das **LSG** verpflichtete den Bekl., über die Festsetzung der Vergütung der Hochschulambulanzen der Beigel. für die Jahre 2019 und 2020 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

4. Hausarztzentrierte Versorgung: Prüfkompetenz einer Schiedsperson

SG Bremen, Urteil v. 21.06.2023 - S 1 KA 13/18

RID 24-01-28

www.juris.de
SGB V § 73b

Leitsatz: Eine **Schiedsperson** nach § 73b Abs. 4a SGB V hat keine eigene **Prüfkompetenz** hinsichtlich der Voraussetzungen von § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V.

Ein etwaiger Anspruch einer Gemeinschaft nach § 73b Abs. 4 SGB V auf **Vertragsschluss** ist nicht schon dadurch ausgeschlossen, dass evtl. ein anderweitiger Vertrag eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung faktisch sicherstellt.

Fragen der **Besorgnis der Befangenheit** bezüglich einer Schiedsperson nach § 73b Abs. 4a SGB V sind entsprechend der §§ 56a SGG sowie 21 und 46 VwVfG zu beurteilen.

Das **SG** stellte fest, dass die Entscheidung der Schiedsperson v. 23.03.2018 in dem mit Antrag des Kl. v. 21.04.2015 gegenüber der Bekl. zu 2. eingeleiteten Schiedsverfahren nach § 73b Abs. 4a SGB V rechtswidrig ist, und wies die Klage im Übrigen ab.

5. Direktbezug von Blutgerinnungsfaktoren vom Hersteller

a) Allgemeine Praxiskosten/Geschäftsführung ohne Auftrag

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.01.2023 - L 3 KA 59/19

RID 24-01-29

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 69 I 3; BGB §§ 677, 683

Leitsatz: 1. Die als Bestandteil der **allgemeinen Praxiskosten** zu tragenden Aufwendungen für ärztliche und nichtärztliche Leistungen bei der **Direktbeschaffung von Blutgerinnungsfaktoren** können nicht nach den Regeln der **Geschäftsführung ohne Auftrag** erstattet werden.

2. Dies gilt auch, soweit dem Arzt **andere Aufwendungen** im Zusammenhang mit Bestellung und Lieferung von Arzneimitteln entstanden sind.

SG Hannover, Ur. v. 23.10.2019 - S 20 KA 218/17 - wies die Klage gegen die Krankenkasse ab. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Geschäftsführung ohne Auftrag

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.01.2023 - L 3 KA 32/21

RID 24-01-30

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 69 I 3, 300 II; BGB §§ 677, 683

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen der **Besorgung eines fremden Geschäfts** nach den Vorschriften zur Geschäftsführung ohne Auftrag beim Direktbezug von Blutgerinnungsfaktoren.

Die Kl. machte Ansprüche auf Aufwendungsersatz aus abgetretenem Recht geltend. Die Kl. ist eine GmbH, deren Alleingesellschafter und Geschäftsführer der Facharzt für Transfusionsmedizin PD Dr. L. ist. Der Arzt war bis September 2022 zugleich Einzelunternehmer des MVZ M., das als hämostaseologische Facharztpraxis an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Trägerin des MVZ ist inzwischen die M. MVZ GmbH; PD O. ist dort seit Oktober 2022 als angestellter Arzt tätig. Für die Versorgung des bei der Bekl. versicherten Daniel A. mit Blutgerinnungsfaktoren im Rahmen der ärztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern lieferte die Bayer Vital GmbH (Herstellerin) im Mai 2015 30 Packungen Kogenate Bayer 2000 Fertigset an die Kl. Hierfür stellte sie der Kl. 51.000 netto zzgl. Umsatzsteuer (19 % = 9.690 €), mithin 60.690 € brutto in Rechnung, was die Kl. bezahlte. Den Betrag stellte sie ergebnislos der Bekl. in Rechnung. Im Oktober 2019 erweiterte sie die Klage auf Zahlung weiterer 171.937,70 € nach Lieferung der Arzneimittel wiederum direkt durch die Hersteller, in diesen Fällen allerdings nicht an die Kl., sondern an Hausarztpraxen am jeweiligen Wohnort der Versicherten. **SG Hannover**, Ur. v. 20.03.2021 - S 20 KA 28/17 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 221.121,40 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen - hinsichtlich des Aufwendungsersatzes in Höhe einer Apothekenvergütung - die Klage ab. Das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

VI. Verfahrensrecht

1. Rechtswegzuständigkeit: Coronavirus-Testverordnung

a) Sozialrechtsweg: Streitigkeit über Abrechnung von Coronatestleistungen

OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 29.11.2023 - OVG 9 L 8/23

RID 24-01-31

www.juris.de

SGB V § 20i III 13 Nr. 2; GVG § 17a IV 3; SGG § 51 I Nr. 2

Für eine Streitigkeit des Leistungserbringers mit der Kassenärztlichen Vereinigung über die Abrechnung von Coronatestleistungen ist nicht der **Verwaltungsrechtsweg**, sondern der Sozialrechtsweg zulässig.

VG Berlin, Beschl. v. 16.02.2023 - 14 K 29/23 - erklärte den Verwaltungsrechtsweg für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das SG Berlin; das **OVG** wies die Beschwerde der Bekl. zurück.

b) Abdrängende Sonderzuweisung an die Sozialgerichtsbarkeit

OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 25.05.2023 - OVG 9 L 25/23

RID 24-01-32

www.juris.de = DVBl. 2023, 880

SGB V § 20i III 13 Nr. 2; SGG § 51 I Nr. 2; GVG § 17a II 1

Für Streitigkeiten in Bezug auf die Abrechnung nach der TestV gibt es keine aufdrängende Sonderzuweisung auf den Verwaltungsrechtsweg; es gibt aber eine **abdrängende Sonderzuweisung** an die Sozialgerichtsbarkeit (§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG).

VG Berlin, Beschl. v. 27.04.2023 - VG 14 K 67/23 - erklärte den Verwaltungsrechtsweg für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das SG Berlin; das **OVG** wies die Beschwerde der Bekl. zurück.

c) Sozialrechtsweg für Streitigkeit über Abrechnung von Coronatestleistungen

VG Hamburg, Beschluss v. 15.01.2024 - 5 K 4395/23

RID 24-01-33

www.juris.de

SGB V §§ 20i III 13 Nr. 2; TestV § 7; SGG § 51 I Nr. 2

Leitsatz: 1. Für eine Streitigkeit des Leistungserbringers mit der Kassenärztlichen Vereinigung über die **Abrechnung von Coronatestleistungen** ist nicht der Verwaltungsrechtsweg, sondern der **Sozialrechtsweg** zulässig (wie hier OVG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 29.11.2023, OVG 9 L 8/23, juris Rn. 6 ff., RID 24-01; Beschl. v. 25.5.2023, OVG 9 L 25/23, juris Rn. 6 ff., RID 24-01; VGH Kassel, Beschl. v. 29.3.2023, 8 B 20/23, juris Rn. 15 ff., RID 23-02-30; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 28.10.2022, L 16 KR 433/22 B ER, juris Rn. 2 f., RID 23-01-129; VG Berlin, Beschl. v. 14.2.2023, 14 L 23/23, juris Rn. 13 ff., RID 23-02-31; **a.A.** BSG, Beschl. v. 19.6.2023, B 6 SF 1/23 R, juris Rn. 14 - SozR 4-1500 § 51 Nr. 19 <vorgesehen>, RID 23-03-43; LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.1.2023, L 7 KA 29/22 B ER, juris Rn. 10, RID 23-01-34; VG Frankfurt, Beschl. v. 20.12.2022, 5 L 3332/22.F, juris Rn. 7 ff., RID 24-01; ausdrücklich offen lassend BVerwG, Beschl. v. 24.4.2023, 3 AV 1/23, juris Rn. 4 - RID 23-03-38).

2. Streitentscheidend ist mit **§ 7 TestV** eine Ordnungsbestimmung, die wegen ihrer Ermächtigung in § 20i Abs. 3 Satz 13 Nr. 2 SGB V dem **Recht der gesetzlichen Krankenversicherung** zuzuordnen ist.

3. Die Festlegung des zuständigen Richters muss wegen Art. 101 Abs. 1 Satz 2 GG anhand von Kriterien erfolgen, die **subjektive Wertungen** weitgehend ausschließen und unnötige Spielräume vermeiden können (BVerfG, Beschl. v. 8.4.1997, 1 PBvU 1/95, juris Rn. 30, 32, BVerfGE 95, 322; BVerwG, Beschl. v. 6.7.2022, 3 B 40.21, juris Rn. 27 f.).

4. Um die Festlegung des Rechtswegs als Voraussetzung einer Sachentscheidung von einer umfangreichen Prüfung in der Sache selbst frei zu halten, kann nicht der innere Beweggrund, sondern muss die vom Gesetzgeber gewählte **äußere Gestaltung** entscheidend sein.

Das **VG** stellte fest, dass der Verwaltungsrechtsweg nicht eröffnet ist und verwies den Rechtsstreit an das SG Hamburg.

d) Verwaltungsrechtsweg in Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Coronavirus-Testverordnung

VG Frankfurt a.M., Beschluss v. 20.12.2022 - 5 L 3332/22.F

RID 24-01-34

www.juris.de

SGB V § 20i III 13 Nr. 2; GVG § 17a III 2

Leitsatz: 1. Für Streitigkeiten betreffend Abrechnungen im Zusammenhang mit der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (**Coronavirus-Testverordnung**) ist nach § 40 Abs. 1 S. 1 VwGO der **Verwaltungsrechtsweg** eröffnet.

2. Die **abdrängende Sonderzuweisung** des § 51 Abs. 1 Nr. 2 (Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherungen) ist nicht gegeben (a.A. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 28.10.2022 - L 16 KR 433/22 B ER - juris, RID 23-01-129).

3. Die Antragstellerin macht **keine (versicherungsrechtlichen) Ansprüche** gegen die gesetzlichen Krankenkassen geltend, sondern wendet sich vielmehr gegen den Staat selbst, der seinen Bürgern - kurz gesprochen - zum Schutz vor SARS-CoV-2 bestimmte Testungen anbietet, hierfür mit der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufkommt (also nicht die Krankenkassen selbst heranzieht) und die Abwicklung der Abrechnung nach § 14 Abs. 1 S. 1 TestV - offenbar wegen dort vorhandener Infrastruktur - auf die Kassenärztlichen Vereinigungen abwälzt.

Die Ast. begehrt die Entsperrung eines Accounts, um damit - wie in der Vergangenheit - Abrechnungsdaten betreffend die Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung - TestV) an die Antragsgegnerin zu übermitteln. Das **VG** erklärt den Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten für zulässig.

2. Ermäßigung der Gerichtskosten bei Klagerücknahme: Kostenentscheidung bzgl. Beigeladenem

LSG Bayern, Beschluss v. 07.02.2024 - L 12 SF 153/23

RID 24-01-35

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 197a I; GKG § 66 II; VwGO §§ 155 II, 162 III

Leitsatz: Eine **Gebührenermäßigung** nach Nr. 7111 KV GKG kommt nur in Betracht, wenn das Verfahren vollständig auch hinsichtlich der Kosten erledigt ist.

Nicht jegliche **Kostenentscheidung** nach im Übrigen vollständiger Erledigung führt zur Nichtanwendung einer Gebührenermäßigung.

Bei **Klagerücknahme** ist grundsätzlich von Gebührenermäßigung auszugehen.

Eine **Entscheidung über die Tragung der Kosten des Beigeladenen** führt nicht zu einem Ausschluss einer Gebührenermäßigung.

Die kl. Krankenkasse (Bf.) nahm ihre Klage gegen den Beschwerdeausschuss zurück. SG München, Beschl. v. 30.08.2022 legte der Bf. die Kosten des Verfahrens (Ziffer I) sowie die außergerichtlichen Kosten der Beigel. einschließl. der notwendigen Kosten des Vorverfahrens (Ziffer II) auf. Mit Gerichtskostenfeststellung vom 31.01.2023 wurden Gerichtskosten nach Nr. 7110 KV GKG in Höhe von 1.146 € festgesetzt. **SG München**, Beschl. v. 12.09.2023 - S 56 SF 89/23 E - wies die Erinnerung zurück. Das **LSG** änderte die Gerichtskostenfeststellung vom 31.01.2023 ab und setzte die von der Bf. zu zahlenden Gerichtskosten für das Verfahren S 38 KA 121/21 auf 382 € fest.

VII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Aufbaupraxis: Neu gegründete Einzelpraxis mit angestellten Ärzten

BSG, Urteil v. 19.07.2023 - B 6 KA 22/22 R

RID 24-01-36

SozR 4-2500 § 87b Nr. 30 = KrV 2023, 209 = ZMGR 2023, 246 = GesR 2023, 797

Leitsatz: Für eine **neu gegründete Einzelpraxis mit angestellten Ärzten** gelten die gleichen Regelungen zu **Wachstumsmöglichkeiten** in der Aufbauphase wie für neu gegründete Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren.

b) Quotierung der innerhalb zeitbezogener Kapazitätsgrenzen erbrachten Psychotherapieleistungen

BSG, Urteil v. 24.05.2023 - B 6 KA 8/22 R

RID 24-01-37

SozR 4 = Die Leistungen Beilage 2023, 472

Leitsatz: Regelungen zur **Quotierung** der Vergütung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige **psychotherapeutische Leistungen** innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen in den Honorarverteilungsmaßstäben des Jahres **2011** waren wegen Verstoßes gegen die **Vorgaben des Bewertungsausschusses für die Honorarverteilung** nichtig.

2. Sachlich-rechnerische Richtigstellungen

a) Voraussetzungen des Chronikerzuschlages

BSG, Beschluss v. 25.10.2023 - B 6 KA 4/23 B

RID 24-01-38

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 21.12.2022 - L 7 KA 49/19 - RID 23-01-9 wird zurückgewiesen.

Der Senat geht in st. Rspr. für den Regelfall davon aus, dass sich aus der Anwendung der Grundsätze zur **Auslegung der Leistungslegende** der Bewertungsmaßstäbe im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich auf eine GOP eine **grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache** auch dann nicht ergibt, wenn sich das BSG mit dieser konkreten Position noch nicht ausdrücklich befasst hat. Hinzu kommt, dass es um die Auslegung alten, heute nicht mehr geltenden Rechts geht. Die GOP 03212 EBM war nur bis einschließlich zum Quartal III/13 im EBM enthalten.

Die Antwort auf die Frage nach der Erforderlichkeit eines unmittelbaren **Arzt-Patienten-Kontakts** folgt bereits aus dem Wortlaut des in der Leistungslegende zur GOP 03212 EBM (in der bis zum Quartal III/13 geltenden Fassung) in Bezug genommenen § 2 Abs. 2 Chroniker-Richtlinie. Danach setzte die Dauerbehandlung eine **ärztliche Behandlung** über einen näher definierten Zeitraum voraus; die (kontinuierliche) Einnahme von Arzneimitteln ist hierfür allein nicht ausreichend.

Die Voraussetzung einer unmittelbar vorausgehenden kontinuierlichen Behandlung in einander ununterbrochen folgenden **vier Quartalen** ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus dem Wortlaut der in Bezug genommenen Chroniker-Richtlinie. Sie erschließt sich jedoch unter Einbeziehung systematischer Zusammenhänge. Die Frage ist zudem bereits durch BSG, Beschl. v. 17.02.2016 - B 6 KA 63/15 B - juris, RID 16-02-67 geklärt.

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

b) Grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache und Auslegung einer Leistungslegende

BSG, Beschluss v. 13.12.2023 - B 6 KA 12/23 B

RID 24-01-39

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 22.02.2023 - L 7 KA 47/19 - RID 23-02-14 wird zurückgewiesen.

Auch wenn die Auslegung von Formulierungen in der Leistungslegende (hier: zu den GOP 11310, 11311 und 11312 EBM a.F.) **in der Senats-Rspr. noch nicht geklärt** ist, so folgt daraus aber nicht die **grundsätzliche Bedeutung** der Rechtssache.

Die Auslegung einer **Rechtsnorm**, die bereits **außer Kraft getreten** ist, ist regelmäßig nicht von grundsätzlicher Bedeutung, weil die grundsätzliche Bedeutung einer Rechtsfrage daraus erwächst, dass ihre Klärung nicht nur für den Einzelfall, sondern im Interesse der Fortbildung des Rechts oder seiner einheitlichen Auslegung erforderlich ist.

Die Frage, welche GOP ein Vertragsarzt erbringen und abrechnen darf, ist durch **Auslegung des EBM** zu ermitteln und als **Rechtsfrage** grundsätzlich **keiner weiteren Sachaufklärung** zugänglich.

Der kl. Facharzt für Humangenetik wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung in Höhe von 145 263,39 € für das Quartal III/14 im Hinblick auf die Abrechnung der GOP 11310 bis 11312 EBM. **SG Potsdam**, Urt. v. 12.06.2019 - S 1 KA 60/16 - verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** wies auf die Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab und wies die Anschlussberufung des Kl. zurück.

3. Pädiater: Genehmigung für pädiatrisch-gastroenterologische Leistungen

BSG, Urteil v. 23.03.2023 - B 6 KA 4/22 R

RID 24-01-40

SozR 4-2500 § 73 Nr. 7 = ZMGR 2023, 252

Leitsatz: Kinder- und Jugendärzte ohne Schwerpunktbezeichnung bedürfen zur Erbringung der pädiatrischen Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einer Erlaubnis zur **partiellen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung**.

4. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Richtigstellungen bei fehlerhafter Anwendung der Gebührenordnung

BSG, Beschluss v. 25.10.2023 - B 6 KA 38/22 B

RID 24-01-41

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hessen**, Urt. v. 26.10.2022 - L 4 KA 63/19 - RID 23-01-18 wird zurückgewiesen.

Zeigt erst eine nähere Untersuchung der Abrechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, dass bestimmte, ggf. extreme Überschreitungen des Vergleichsgruppendurchschnitts hinsichtlich einzelner Leistungssparten oder - besonders deutlich - hinsichtlich einzelner Gebührenpositionen auf einen Fehlsatz zurückgehen, sind die Prüfungsgremien berechtigt, sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorzunehmen, wenn diese neben der eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von untergeordneter Bedeutung sind (sog. Annexkompetenz oder Randzuständigkeit). Wenn der Schwerpunkt der Beanstandungen aber bei einer **fehlerhaften Anwendung der Gebührenordnung** liegt, müssen die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung das Prüfverfahren abschließen und der KV Gelegenheit geben, **sachlich-rechnerische Richtigstellungen** vorzunehmen (BSG, Urt. v. 13.05.2020 - B 6 KA 25/19 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 63 R. 59).

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

5. Zulassungsrecht

a) Psychiatrische Institutsambulanz

aa) Tagesklinik/Fehlende Aufnahme in den Krankenhausplan

BSG, Urteil v. 23.03.2023 - B 6 KA 7/22 R

RID 24-01-42

SozR 4-2500 § 118 Nr. 4 = ZMGR 2023, 213 = KRS 2023, 282

Leitsatz: 1. Die bedarfsunabhängige **Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses** zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten kann auch für eine räumlich vom Hauptstandort des Krankenhauses **entfernte, unselbstständige Tagesklinik** erteilt werden.

2. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den **Krankenhausplan** entfaltet auch im Rahmen der Entscheidung über die Ermächtigung des Krankenhauses zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten **Tatbestandswirkung** in Bezug auf alle im Krankenhausplan erfassten Standorte.

bb) Kein gesonderter ärztlicher Leiter

BSG, Urteil v. 23.03.2023 - B 6 KA 6/22 R

RID 24-01-43

SozR 4 = Die Leistungen Beilage 2023, 250 = KRS 2023, 244 = ZMGR 2023, 200 = SGB 2023, 703

Leitsatz: Die **Ermächtigung** eines **psychiatrischen Krankenhauses** zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten hängt nicht davon ab, dass die **Ambulanz** über eine von der **Leitung** des Krankenhauses zu unterscheidende gesonderte ärztliche Leitung verfügt.

b) Zulassungsentziehung: Vorrangiges Ruhen der Zulassung nach Sitzverlegungsantrag

BSG, Urteil v. 19.07.2023 - B 6 KA 5/22 R

RID 24-01-44

SozR 4-2500 § 95 Nr. 40 = Die Leistungen Beilage 2023, 429 = ZMGR 2023, 314 = GesR 2023, 791 = KrV 2023, 235

Leitsatz: Die Anordnung des **Ruhens** der Zulassung hat auch dann Vorrang vor einer **Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung** der vertragsärztlichen Tätigkeit, wenn während des Zulassungsentziehungsverfahrens ein **Sitzverlegungsantrag** gestellt wird und eine Aufnahme der Tätigkeit am neuen Standort in angemessener Frist zu erwarten ist.

6. Qualifikation einer Fachabteilung einer Hochschulambulanz/Grundsatz der Beitragssatzstabilität

BSG, Urteil v. 17.11.2022 - B 6 KA 9/21 R

RID 24-01-45

SozR 4 = GesR 2023, 302 = KRS 2023, 261

Leitsatz: 1. Eine **Änderung der Sach- oder Rechtslage** stellt keinen gesetzlichen Ausnahmetatbestand von dem bei Vergütungsverhandlungen zu beachtenden **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** dar.

2. Werden Leistungen einer **Hochschulambulanz** in einem mit dem Universitätsklinikum kooperierenden **Plankrankenhaus** erbracht, muss sichergestellt sein, dass die wissenschaftlich-medizinische **Leitung** der Einrichtung durch eine Person erfolgt, die den Lehrstuhl des jeweiligen Fachbereichs innehat und die in fachlich-medizinischer Hinsicht die Gesamtverantwortung auch für die Hochschulambulanz trägt.

7. Fälschliche Einzelleistungsabrechnung bei Behandlung vermeintlicher Grenzgänger

BSG, Urteil v. 22.03.2023 - B 6 KA 14/22 R

RID 24-01-46

SozR 4 = KrV 2023, 154

Leitsatz: Für Behandlungsfälle, in denen Versicherte dem Vertragsarzt eine **Europäische Krankenversicherungskarte** vorgelegt haben, tatsächlich aber **keine Grenzgänger**, sondern originäre Mitglieder der deutschen Krankenkasse waren, hat die Krankenkasse der Kassenärztlichen Vereinigung keine **Einzelleistungsvergütung** zusätzlich zu der bereits geleisteten **Gesamtvergütung** zu gewähren.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Prostatakrebsbehandlung mit Protonenbestrahlung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.10.2023 - L 11 KR 177/22

RID 24-01-47

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III 1, 27 I 1, 2 Nr. 5, 39 I, 135, 137c III

Leitsatz: 1. Eine in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführte **Protonentherapie**, bei der die Patienten erst unmittelbar vor den Bestrahlungsterminen in das Krankenhaus kommen und nach kurzer Bestrahlungszeit die Behandlung für den betreffenden Tag beendet ist, so dass die Patienten den Rest des Tages frei gestalten können, ist **weder eine vollstationäre noch eine teilstationäre Krankenhausbehandlung**.

2. Bei der Protonen-Behandlung des Prostatakarzinoms handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** im Sinne des § 135 SGB V, die in der (ambulanten) vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden darf, wenn der GBA eine positive Empfehlung nach Maßgabe des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V abgegeben hat. Eine solche Empfehlung des GBA lag zum Zeitpunkt der Behandlung (2016) nicht vor.

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch des Kl. auf Kostenerstattung für eine Prostatakrebsbehandlung mit Protonenbestrahlung. **SG Konstanz**, Ur. v. 24.11.2021 - S 7 KR 2604/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) LDL-Apherese (Blutwäsche): Progredienz der kardiovaskulären Erkrankung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 02.11.2023 - L 4 KR 354/23 B ER

RID 24-01-48

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

RL MVV § 3 II Anl. 1 Nr. 1

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen für eine Versorgung mit **LDL-Apherese** (Blutwäsche) bei **isolierter LP(a)-Erhöhung** - Vorliegen einer progredienten kardiovaskulären Erkrankung.

SG Potsdam, Beschl. v. 11.09.2023 - S 7 KR 169/23 ER - lehnte den Antrag, den Ast. vorläufig mit Leistungen der LDL-Apherese zu versorgen, ab. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

c) Ganzkörper-Hyperthermie

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.01.2024 - L 1 KR 145/22

RID 24-01-49

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach Anl. 2 Ziff. 42 der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung ausdrücklich die Hyperthermie, u.a. auch in Form der **Ganzkörper-Hyperthermie**, von den vertragsärztlichen Leistungen ausschließt, ist zutreffend.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 25.03.2022 - S 76 KR 1321/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Behandlungskonzept für stark in ihrer Mobilität eingeschränkte junge Versicherte

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.04.2023 - L 11 KR 19/21

RID 24-01-50

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 27 I, 40 I, 135 I, 138, 140a

Ein Anspruch auf Leistungen im Rahmen der **besonderen Versorgung** i.S.d. § 140a SGB V setzt voraus, dass die Krankenkasse mit der Versorgungseinrichtung einen für die Leistungsbeanspruchung erforderlichen Vertrag abgeschlossen hat. Die Gerichte sind auch nicht befugt, die Krankenkassen zum Abschluss eines Vertrages nach § 140a SGB V zu verurteilen (vgl. LSG Sachsen, Ur. v. 13.03.2018 - L 9 KR 253/13 - juris Rn. 46, RID 18-03-76).

Ein Anspruch auf eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** besteht nur dann, wenn der GBA in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung nach § 135 SGB V über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Auch wenn das Behandlungskonzept nicht im Ganzen, sondern allein der Einsatz des Ganzkörpervibrationssystems betrachtet und als **Heilmittel** bewertet wird, fehlt es an einer diesbezüglich gleichfalls erforderlichen Empfehlung des GBA nach § 138 SGB V.

SG Münster, Gerichtsb. v. 23.12.2020 - S 25 KR 223/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Spätere Hodenprothesenimplantation nach Entfernung des linken Hodens aufgrund Hodenkarzinoms

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 13.09.2023 - L 11 KR 510/22

RID 24-01-51

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 13 III 1, 27 I 1

Auf eine **spätere Hodenprothesenimplantation** nach **Entfernung des linken Hodens** aufgrund eines Hodenkarzinoms besteht kein Anspruch. Nach der S3-Leitlinie sind die Entfernung (hier: im Jahr 2018) und Implantation (hier: am 03.08.2021) in einem unmittelbaren operativen und daher zeitlichen Zusammenhang durchzuführen.

SG Münster, Urt. v. 15.06.2022 - S 9 KR 1076/21 - verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten der Hodenprothesenimplantation in Höhe von 758,61 € zu erstatten. Das **LSG** wies die Klage ab.

4. Zahnärztliche Versorgung

a) Begrenzung der Leistungen für zahnprothetische Versorgung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 13.04.2023 - L 5 KR 26/23

RID 24-01-52

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 55

Die klare **Begrenzung der Leistungen** auf höchstens die vollen Kosten der Regelversorgung (§ 55 SGB V) beruht darauf, dass die Versicherten mit der **Regelversorgung** das erhalten, was geeignet, ausreichend und erforderlich ist. Eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung kann sich der Versicherte lediglich auf eigene Kosten verschaffen (BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 9/19 R - BSGE 129,62 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 49, juris Rn. 18).

SG Köln, Gerichtsb. v. 15.12.2022 - S 21 KR 26/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Implantatversorgung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.06.2023 - L 5 KR 739/22

RID 24-01-53

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 28 II 9, 92 I

Für eine **medizinische Gesamtbehandlung** i.S.d. § 28 Abs. 2 S. 9 SGB V reicht es nicht aus, dass mit der Wiederherstellung der Kaufunktion auch andere medizinische Zwecke erreicht werden (st. Rspr. des BSG, dazu grundlegend BSG, Urt. v. 07.05.2013 - B 1 KR 19/12 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 6, zuletzt bestätigt durch BSG, Beschl. v. 07.12.2022 - B 1 KR 48/22 BH -juris).

Eine **generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen** liegt nicht vor, wenn der zunächst vorhandene Zahnbestand erst auf Grund einer genetisch bedingten Erkrankung nach und nach dezimiert wird. Eine analoge Anwendung der genannten Ausnahmeindikation auf andere schwere Fälle kommt nicht in Betracht (vgl. BSG, Urt. v. 10.03.2022 - B 1 KR 2/21 R - GesR 2022, 390, juris Rn. 13).

Ist eine **konventionelle prothetische Versorgung** ohne Implantate möglich, besteht kein Anspruch auf eine Implantatversorgung.

SG Münster, Urt. v. 10.08.2022 - S 9 KR 251/19 - verurteilte die Bekl., der Kl. die entstandenen Kosten für ihre Versorgung mit Implantaten und implantatgestütztem Zahnersatz i.H.v. 18.784,54 € zu erstatten. Das **LSG** wies die Klage ab.

c) Kein Beweissicherungsverfahren zu kieferorthopädischem Befund

SG Köln, Beschluss v. 23.11.2023 - S 9 SF 195/23 BW

RID 24-01-54

www.juris.de

SGB V § 13 II; SGG § 76 I

Die Durchführung eines **Beweissicherungsverfahrens** durch Einholung eines Sachverständigen-gutachtens zu der Frage, welcher **zahnmedizinische kieferorthopädische Befund** derzeit vorliegt, kommt nicht in Betracht, da es einem Versicherten zumutbar ist, den Ausgang des Widerspruchs-verfahrens und in der Folge auch eines Klageverfahrens mit ggf. entsprechender Beweiserhebung abzuwarten. Die allgemeine Aussage, dass es für den Erfolg der Behandlung besser sei, je frühzeitiger mit einer Behandlung begonnen werde, rechtfertigt nicht besagtes besonderes Interesse an der Durch-führung eines Beweissicherungsverfahrens nach § 76 Abs. 1 SGG.

Das **SG** lehnte den Antrag auf Durchführung eines Beweissicherungsverfahrens ab.

II. Stationäre Behandlung

1. Operative Liposuktion von Beinen und Armen bei Vorliegen eines Lipödems

SG Düsseldorf, Urteil v. 07.12.2023 - S 8 KR 2085/21

RID 24-01-55

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 11, 27, 137c

Unter Beachtung der Limitierung der Menge an abzusaugendem Fettgewebe pro Sitzung ist zu berücksichtigen, dass bei einer **ambulanten Durchführung** mehr Sitzungen durchgeführt werden müssen als bei **vollstationärer Behandlung**. Mehrere Sitzungen stellen jedoch eine höhere Zahl an operativen Eingriffen dar, die nicht ohne Weiteres - allein aus wirtschaftlichen Gründen - zumutbar erscheint.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten einer mehrschrittigen stationären Liposuktionsbehandlung der Beine und Arme in einer Vertragsklinik zu übernehmen.

Parallelverfahren:

SG Düsseldorf, Urteil v. 07.12.2023 - S 8 KR 1642/22

RID 24-01-56

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

2. Magenbypass-Operation

SG Speyer, Urteil v. 14.12.2023 - S 15 KR 186/21

RID 24-01-57

www.juris.de

SGB V §§ 13 III 1, 27 I 1, 39 II

Bei einem BMI von präoperativ über 47 und Ausschöpfung der konservativen Therapie und ohne Kontraindikationen nach der **S 3-Leitlinie** der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) zur Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen fällt eine Versicherte in die Patientengruppe, für die **adipositaschirurgische Maßnahmen** ohne Einschränkungen empfohlen werden. Die Leitlinie ersetzt zwar nicht die Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit im Einzelfall, sie zeigt jedoch, dass die Möglichkeit der Behandlung einer Adipositas durch chirurgische Maßnahmen eine anerkannte Behandlungsmethode darstellt.

Von einer **Erschöpfung der konservativen Maßnahmen** kann ausgegangen werden, wenn eine Versicherte unter Ernährungsberatung über sechs Monate mit zeitgleicher Bewegungstherapie 8 kg zugenommen hat.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 7.216,19 € zu zahlen.

3. Kieferumstellungsoperation zur Behandlung eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.01.2024 - L 5 KR 496/20

RID 24-01-58

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 27 I 2 Nr. 2 u. 5, 39 I 2

Die stationäre Versorgung mit einer **Kieferumstellungsoperation** zur Behandlung eines **obstruktiven Schlafapnoesyndroms** ist nur dann erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht durch **ambulante Behandlungsmaßnahmen** erreicht werden kann. Daran fehlt es, wenn der Versicherte zumutbar auf eine pneumatische Schienung zur Erreichung des Behandlungsziels zu verweisen ist.

Bei der begehrten Kieferumstellungsoperation handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**, für die der GBA noch keine Empfehlung in einer Richtlinie nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V abgegeben und noch keine Entscheidung nach § 137c Abs. 1 SGB V getroffen hat.

SG Detmold, Ur. v. 17.06.2020 - S 5 KR 947/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

1. Unzulässige Begrenzung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.12.2022 - L 16 KR 742/21

RID 24-01-59

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 II, 194 II

Soweit nach § 23 Abs. 2 S. 7 der **Satzung** der Bekl. i.d.F. ab 01.07.2017 die Erstattung ambulanter und stationärer Leistungen bei Wahl zur Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V „regelmäßig in Höhe von **30 vom Hundert** ermittelt und anschließend um die gesetzlichen **Zuzahlungen** gekürzt [wird]“, verstößt dies gegen § 13 Abs. 2 Sätze 8 und 9 SGB V und damit gegen höherrangiges Recht (s. § 194 Abs. 2 SGB V).

SG Köln, Ur. v. 30.06.2021 - S 14 KR 1187/19 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.135,29 € zu zahlen.

2. Operation eines Grauen Stars in Privatklinik in der Türkei

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.12.2023 - L 16 KR 196/23

RID 24-01-60

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 16 I 1 Nr. 1; Deutsch-Türkisches Sozialversicherungsabkommen

Leitsatz: Kein Anspruch auf **Kostenerstattung** gegen die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für die Operation eines Grauen Stars an beiden Augen in einer **Privatklinik** in der **Türkei**.

SG Hannover, Gerichtsb. v. 31.03.2023 - S 88 KR 1796/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

1. Cannabis bei Multimorbidität

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 07.11.2023 - L 1 KR 335/23 B ER

RID 24-01-61

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 31 VI

Cannabis kann bei **Multimorbidität** von Patienten auch zur Behandlung mehrerer Erkrankungen oder ihrer Symptome zum Einsatz kommen, die nicht für sich genommen, jedoch in ihrer Kombination schwerwiegend sind (hier: chronisches Schmerzsyndrom, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Fibromyalgie, Morbus Scheuermann der BWS und Arthrose verschiedener Gelenke).

SG Potsdam, Beschl. v. 05.09.2023 - S 28 KR 99/23 ER - lehnte den Antrag auf einstweilige Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege einstweiliger Anordnung, die Ast. ab sofort bis zum 07.11.2024, längstens jedoch bis zum Ergehen einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache (SG Potsdam - 28 KR

97/23 -) bei vertragsärztlicher Verordnung mit Dronabinol-Tropfen in verordneter Menge zu versorgen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

2. Versorgung mit Rybrevant® (Wirkstoff: Amivantamab) im Rahmen eines Einzelimports

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 15.06.2023 - L 16 KR 275/23 B ER

RID 24-01-62

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 1a, 27 I, 31 I 1; AMG § 73 I; SGG § 86b II

Ein Anspruch auf Versorgung mit Rybrevant® (Wirkstoff: Amivantamab) im Wege des Einzelimports nach § 73 Abs. 1 AMG kommt nicht nach § 2 Abs. 1a SGB V in Betracht, wenn der Versicherten eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung steht. Das wäre nur dann nicht der Fall, wenn die ausweislich der Nutzenbewertung des GBA zu Amivantamab zweckmäßigen Vergleichstherapien (Docetaxel oder Docetaxel in Kombination mit Nintedanib oder Pemetrexed) bei der Versicherten kontraindiziert, d.h. wirkungslos bzw. zur Erreichung des therapeutischen Ziels nicht geeignet sind oder schwere, der Antragstellerin nicht zumutbare oder gar lebensbedrohliche Nebenwirkungen hervorrufen.

SG Münster, Beschl. v. 28.02.2023 - S 4 KR 6/23 ER - lehnte den Antrag, im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, die Kosten für die Therapie mit Amivantamab zur Behandlung der metastasierten Lungenkrebserkrankung zu übernehmen und die entsprechenden gesetzlichen Leistungen zu erbringen, ab, das LSG wies die Beschwerde zurück.

3. Maraviroc zur Behandlung eines „Post-Vac-Syndroms“

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.11.2023 - L 10 KR 762/23 ER

RID 24-01-63

www.juris.de

SGB V §§ 27, 35c; SGG § 86b II

Ein Anspruch auf Versorgung mit Maraviroc zur Behandlung eines „Post-Vac-Syndroms“ ergibt sich weder nach allgemeinen Grundsätzen der Krankenbehandlung mangels indikationsbezogener Zulassung noch nach den Grundsätzen des Off-Label-Use wegen Fehlens einer Empfehlung des GBA und fehlender Erfolgsaussicht oder des Seltenheitsfalls. Auch eine Versorgung nach § 2 Abs. 1a SGB V kommt nicht in Betracht.

SG Dortmund, Beschl. v. 30.06.2023 - S 39 KR 762/23 B ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Das LSG wies die Beschwerde zurück.

V. Hilfsmittel

1. Rollstuhlzuggerät mit elektrisch unterstütztem Handkurbelantrieb

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 05.10.2023 - L 5 KR 149/22

RID 24-01-64

Revision anhängig: B 3 KR 14/23 R

www.juris.de

SGB V § 33 I

Ein Rollstuhlzuggerät mit elektrisch unterstütztem Handkurbelantrieb dient dem Behinderungsausgleich und ist hierfür erforderlich, wenn der Versicherte sich aufgrund seiner Kraftminderung durch die Tetraplegie den Nahbereich seiner Wohnung nicht mit seinem Aktivrollstuhl und auch nicht mit einem Handkurbelantrieb ohne Motorunterstützung erschließen kann. Er kann nicht auf die Nutzung des vorhandenen elektrischen Rollstuhlzuggeräts verwiesen werden, weil es ihm lediglich eine körperlich rein passive Fortbewegung ermöglicht. Mit Blick auf die Art und Weise, wie sich Versicherte den Nahbereich der Wohnung zumutbar und in angemessener Weise erschließen, ist auch dem Wunsch- und Wahlrecht des behinderten Menschen (§ 8 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB IX, § 33 SGB I) volle Wirkung zu verschaffen.

SG Koblenz, Urt. v. 07.06.2022 verpflichtete die Bekl., den Kl. mit einem Rollstuhlzuggerät mit Handkurbelantrieb entsprechend der ärztlichen Verordnung vom 04.03.2020 zu versorgen. Das LSG wies die Berufung zurück.

2. Sesseldreirad „Easy Rider“ für Erwachsenen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 22.05.2023 - L 4 KR 297/21

RID 24-01-65

Revision anhängig: B 1 KR 1/24 R

www.juris.de

SGB V §§ 33, 34 IV

Orientierungssatz (juris): 1. Zur Hilfsmittelversorgungsanspruch eines **erwachsenen Versicherten** mit dem Sesseldreirad „Easy Rider“ aus Gründen des Behinderungsausgleichs unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts des behinderten Menschen (hier: bejaht).

2. Einem Anspruch steht nicht entgegen, dass der Versicherte mit dem Sesseldreirad **ausschließlich Wegstrecken „an der frischen Luft“** zurücklegen kann, ohne Arztpraxen, Geschäfte etc. aufsuchen zu können, und daher für das Aufsuchen solcher Örtlichkeiten ggf. einen Rollator ergänzend mitführen muss.

SG Lüneburg, Urt. v. 26.05.2021 - S 41 KR 407/17 -

3. Hörgerät: Erheblicher Gebrauchsvorteil bei einem um 5 % besserem Sprachverstehen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 05.10.2023 - L 1 KR 181/21

RID 24-01-66

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Ein **Hörsystem** bietet einen **erheblichen Gebrauchsvorteil**, wenn eine Versicherte sowohl unter Nutzschall als auch unter Nutz- und Störschall besser in der Lage ist, zu hören und zu verstehen. Darauf weist ein **um 5 % besseres Sprachverstehen** im sog. **Freiburger Einsilbertest** hin. Die HilfsM-RL sieht bei der Anwendung des maßgeblichen Freiburger Einsilbertests keine derartigen **Abschläge** für Messungenauigkeiten oder Schwankungen vor. Die Krankenkassen können daher gegen Messergebnisse eines Hörakustikers, die die Überlegenheit eines zuzahlungsfreien Geräts belegen, nicht generell Messungenauigkeiten einwenden, die eine Abweichung von 5 % zugunsten des teuren Geräts erklären könnten.

SG Frankfurt (Oder), Gerichtsbb. v. 25.03.2021 - S 27 KR 155/17 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. weitere Kosten i.H.v. 2.620 € zu erstatten.

4. Optune-Behandlungsset zur Therapie mit Tumortherapiefeldern bei Glioblastom

SG Leipzig, Beschluss v. 14.09.2023 - S 14 KR 274/23 ER

RID 24-01-67

www.juris.de

SGB V §§ 2, 33 I, 135 I; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Wird in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) auf die „**Standardtherapie**“ verwiesen (hier: § 2 Satz 1 der Nr. 34 Anlage I), ist grundsätzlich die Standardtherapie nach dem allgemein anerkannten Stand der (wissenschaftlich-) medizinischen Erkenntnisse (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) im jeweiligen Entscheidungszeitpunkt gemeint und nicht der Stand im **Zeitpunkt** der Beschlussfassung des GBA. Insoweit kann ein in einer Leitlinie ausgewiesener Expertenkonsens einen Anhaltspunkt für den aktuellen Stand im Zeitpunkt ihrer Veröffentlichung geben; denkbar ist aber auch, dass sich seit Veröffentlichung einer Leitlinie aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ein veränderter aktueller Stand ergeben hat.

2. Zur Versorgung einer Versicherten mit einem **Optune-Behandlungsset zur Therapie mit TTF (Tumortherapiefeldern)** bei einem **Glioblastom** als mögliche Leistung aufgrund einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung gemäß § 2 Abs. 1a SGB V.

Das **SG** verpflichtete die Ag., die Ast. vorläufig und laufend bis zur bestandskräftigen Entscheidung im Widerspruchsverfahren mit dem Hilfsmittel gemäß Position 09.17.01.001 des GKV-Hilfsmittelverzeichnisses - einem Optune-Behandlungsset des Herstellers N. GmbH - zur Durchführung einer TTF-Therapie zu versorgen.

5. Zivilrechtsweg für Streitigkeit eines Versicherten gegen Hilfsmittelerbringer

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.06.2023 - L 5 KR 350/23 B ER

RID 24-01-68

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

GVG § 17a IV 3; SGG § 51 I Nr. 2, II

Für eine Streitigkeit eines **gesetzlich Versicherten** gegen einen **Hilfsmittelerbringer** über die Herausgabe eines für ihn auf Kosten seiner Krankenkasse angefertigten Hilfsmittels sind die Zivilgerichte zuständig.

Streitig ist der Rechtsweg für einen Antrag, mit dem der krankenversicherte Ast. im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Herausgabe eines durch den Ag. auf Kosten der seiner Krankenkasse für ihn angefertigten C-Leg-Kniegelenks begehrt. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 28.03.2023 - S 24 SV 5/23 ER - erklärte den bestrittenen Rechtsweg für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das zuständige LG Düsseldorf. Das **LSG** wies die Beschwerde des Ast. zurück. **BSG**, Beschl. v. 28.09.2023 - B 3 SF 2/23 AR - juris verwarf die Beschwerde und v. 06.11.2023 - B 3 SF 3/23 AR - juris die Anhörsrüge des Ast. als unzulässig.

VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten

1. Häusliche Krankenpflege

a) Behandlungspflege in Einrichtung für alleinstehende wohnungslose Männer

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 09.11.2023 - L 16 KR 386/21

RID 24-01-69

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37

Leitsatz: Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V in Form des **Verabreichens von Medikamenten** und des **An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen** in einer **Einrichtung** für alleinstehende wohnungslose Männer in besonderen sozialen Schwierigkeiten. Maßgeblich sind nicht die **faktischen Bedingungen**, sondern die **gesetzlichen Bestimmungen und die vertragliche Ausgestaltung** im sozialhilferechtlichen Dreieckverhältnis zwischen dem Versicherten, dem Sozialhilfeträger und dem Einrichtungsträger. Es ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Einrichtung die konkrete behandlungspflegerische Maßnahme nach ihrem Aufgabenprofil, der Ausrichtung auf den zu betreuenden Personenkreis und aufgrund ihrer vorgesehenen sächlichen und personellen Ausstattung selbst zu erbringen hat (BSG, Urt. v. 18.04.2023 - B 3 KR 7/22 R - BSGE = SozR 4-1500 § 75 Nr. 38).

SG Hannover, Urt. v. 02.07.2021 - S 2 KR 1673/16 - verurteilte die Bekl. zur Freistellung des Kl. von den für die Behandlungspflege in Form des An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen einschl. Wegegeld entstandenen Kosten i.H.v. insgesamt 2.110,70 €, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufungen des Kl. und der Bekl. zurück.

b) Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen Pflegekraft (sog. Kickback-Zahlungen)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 20.12.2023 - L 14 KR 413/21

RID 24-01-70

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 197a I 1; VwGO §§ 160, 161 II 1; SGB V § 69 I; SGB IX § 29 II; BGB § 823 II 1; StGB § 263

Leitsatz: Eine durch betrügerische Handlungen einer Pflegekraft verursachte bzw. ermöglichte **Zweckverfehlung des Persönlichen Budgets** (hier: durch sogenannte Kickback-Zahlungen) kann einen Anspruch auf deliktischen **Schadensersatz der Krankenkasse** begründen, selbst wenn der Bedarf des Berechtigten in dem vom Persönlichen Budget zugrunde gelegten Umfang bestanden hätte (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 07.11.2019 - L 11 KR 2795/19 B - RID 20-01-119, juris).

Das **LSG** legte der Bekl. nach Erledigungserklärung der Beteiligten die Kosten des Verfahrens auf.

2. Rehabilitation: Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten vor Wirtschaftlichkeitsgebot

SG Darmstadt, Urteil v. 27.10.2023 - S 10 KR 908/19

RID 24-01-71

www.juris.de
SGB V § 40 III 1

Ein **Ermessensfehlgebrauch** liegt vor, wenn die Behörde nicht berücksichtigt, dass § 40 Abs. 2 S. 4 SGB V eine besondere Regelung zum **Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten** enthält, die über die allgemeinen Regelungen in § 33 SGB I und für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in SGB IX hinausgeht. Danach können Versicherte nach ihrer Wahl jede zertifizierte stationäre Rehabilitationseinrichtung in Anspruch nehmen, unabhängig davon, ob für ihre Krankenkasse mit dieser Einrichtung ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. Die dadurch entstehenden Mehrkosten haben sie nur insoweit zu tragen, als diese nicht im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX angemessen sind. Die Vorschrift ist auch **lex specialis** gegenüber § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V und reduziert daher das Ermessen der Krankenkasse bei der Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung. Das Wunsch- und Wahlrecht geht seit Einführung des GKV-VSG zum 16.07.2015, ausdrücklich dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** vor (vgl. SG Oldenburg, Ur. v. 13.01.2022 - S 63 KR 261/20 - RID 22-02-76, juris).

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Antrag unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

3. Fahrkosten nur im Umkreis vom Wohnort

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.10.2023 - L 11 KR 1481/23

RID 24-01-72

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

Leitsatz: Auch wenn eine Genehmigung für **Krankenfahrten** nach § 60 Abs. 2 Satz 4 SGB V als erteilt gilt, müssen nach dem Rechtsgedanken des § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen **notwendig** sein, um einen Anspruch auf Übernahme der Kosten zu begründen. Daran fehlt es in der Regel, wenn ein Psychiater in Anspruch genommen wird, der seine Leistungen **mehrere Hundert Kilometer entfernt vom Wohnort** des Versicherten anbietet, so dass Fahrkosten in Höhe von 2.000 € pro Behandlung entstehen.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 20.04.2023 - S 15 KR 2860/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

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

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

aa) Stationärer Wechsel eines Herzschrittmachers

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.08.2023 - L 10 KR 941/21 KH

RID 24-01-73

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 275, 276, 301

Der **Wechsel eines Herzschrittmachers** (OPS 5-378.52) kann **regelmäßig ambulant** erbracht werden. Bei einer **stationären Behandlung** sind aber im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V ergänzende Angaben zum „Grund der Aufnahme“ zu machen.

Aus der **Anzahl der Nebendiagnosen** folgt nicht zwingend die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung. Das **Alter** lässt ohne ergänzende Angaben keinen sicheren Rückschluss auf die körperliche Verfassung und damit ggf. auf die Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung zu.

Im Rahmen einer dreistufigen Abrechnungsprüfung reicht eine bloß formelhafte oder sonstwie völlig unsubstantiierte **Begründung** nicht aus. Es kann nicht mit Erfolg entgegenhalten werden, dass die Krankenkasse, wenn sie den MD eingeschaltet hätte, die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung hätte erkennen können.

SG Düsseldorf, Urt. v. 24.08.2021 - S 11 KR 2051/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

bb) Schwere chronifizierte psychiatrische Erkrankung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.11.2023 - L 11 KR 1032/20

RID 24-01-74

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

Leitsatz: Krankenhausbehandlungsbedürftig ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (BSG vom 17.11.2015 - B 1 KR 18/15 R - BSGE 120, 78 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 24, juris Rn. 11).

2. Bei einer **psychiatrischen Erkrankung** kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Geräten ganz in den Hintergrund treten und allein der Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die stationäre Behandlung kennzeichnen.

3. Auch bei einer schweren chronifizierten psychiatrischen Erkrankung kann nicht von vornherein von einer fehlenden medizinisch-ärztlichen Beeinflussbarkeit ausgegangen werden.

SG Mannheim, Gerichts. v. 09.03.2020 - S 6 KR 3243/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 55.695,61 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen (bzgl. des Zinsanspruchs) die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

cc) Notwendigkeit stationärer Behandlung bei Borderline-Störung

LSG Hamburg, Beschluss v. 15.12.2021 - L 1 KR 55/21

RID 24-01-75

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 31/23 R
www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHG § 17b I 10; KHEntgG § 9 I 1 Nr. 1

Wegen der schweren Ausprägung einer **Borderline-Störung**, aber auch nach der S3-Leitlinie Unipolare Depression kann die **Indikation zur stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung** vorliegen, denn dies ist u.a. bei so schweren Krankheitsbildern der Fall, bei denen die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen. Bei diesem speziell ausgeprägten Krankheitsbild ist besonders behutsam vorzugehen, um die nur langsam erzielten therapeutischen Effekte nicht wieder zu gefährden und um den „Drehtüreffekt“ zu vermeiden. Unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten hat die Therapie auf Heilung und nicht nur Eindämmung eines Krankheitsbildes zu zielen, wenn auch nur mit den erforderlichen, nicht den optimalen Mitteln. Eine Entlassung vor Erreichen des Zustandes, der zuverlässig ohne Gefährdung des bis dahin erzielten Behandlungserfolgs den Wechsel in ein ambulantes Setting erlaubt, ist medizinisch nicht zu verantworten. Tagesexpositionsversuche können notwendiger Bestandteil der Therapie sein und gerade nicht gegen das Vorliegen stationärer Behandlungsnotwendigkeit sprechen.

SG Hamburg, Urt. v. 21.04.2021 - S 9 KR 5329/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 22.026,58 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Abgrenzung Kinder- und Jugendmedizin/Kinder- und Jugendpsychiatrie

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 19.12.2023 - L 16 KR 292/21

RID 24-01-76

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1, 11; KHG § 17b

Leitsatz: Inhalt und Umfang des Versorgungsauftrags Kinder- und Jugendmedizin (KIN) ergibt sich für ein niedersächsisches Plankrankenhaus im Jahr 2015 aus dem Niedersächsischen Krankenhausplan 2015 i.V.m. dem Bescheid zu seiner Durchführung (Feststellungsbescheid) und der geltenden Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer Niedersachsen.

Aus der gesonderten Ausweisung der Fachrichtungen **Kinder- und Jugendmedizin (KIN)** und **Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)** und ihrer Zuordnung zu somatisch bzw. psychiatrisch im Krankenhausplan folgt, dass beide Fachrichtungen in Bezug auf die Ermittlung des Versorgungsauftrages voneinander abzugrenzen sind.

Die **Abgrenzung** ist nach dem Schwerpunkt der Behandlung vorzunehmen. Maßgeblich ist, welche Erkrankung im Vordergrund steht.

Der Abschluss einer **Entgeltvereinbarung** kann den **Versorgungsauftrag** eines Plankrankenhauses nicht erweitern. Ein Anspruch auf Vergütung von Krankenhausbehandlung außerhalb des Versorgungsauftrags kann nicht aus einer Entgeltvereinbarung nach § 11 KHEntgG abgeleitet werden.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin durchgeführte stationäre psychosomatische Therapie vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst ist. **SG Braunschweig**, Urt. v. 09.03.2021 - S 54 KR 88/17 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung der Vergütungs Differenz in Höhe von 12.195,09 € nebst Zinsen. Das **LSG** wies die Klage ab.

c) Nichterfüllung von Qualitätssicherungsrichtlinien und Vergütungsanspruch

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 12.10.2023 - L 6 KR 75/21

RID 24-01-77

Revision anhängig: B 1 KR 30/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 136 I, 137 I

Leitsatz: 1. § 137 Abs. 1 SGB V in der ab dem 1. Januar 2016 gültigen Fassung steht einem Automatismus zwischen Nichterfüllung von **Anforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien** und vollständigem **Vergütungsausschluss** entgegen.

2. Es obliegt der **Regelungskompetenz des GBA**, ob er jede in einer Richtlinie nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V enthaltene Vorgabe als Mindestanforderung mit der Folge eines Vergütungswegfalls bei Nichterfüllung einstuft oder dies unterlässt bzw. weitere Differenzierungen vornimmt.

3. Ein vollständiger **Wegfall des Vergütungsanspruchs** als schärfstes Sanktionsmittel kann nur dann Folge einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen sein, wenn dies die jeweils einschlägige Einzelrichtlinie des GBA unter speziell geregelten und im betreffenden Einzelfall erfüllten Voraussetzungen themenspezifisch vorsieht. Etwas anderes gilt nur, wenn das Gesetz einen Vergütungswegfall - wie z.B. in § 136b Abs. 5 Satz 2 SGB V hinsichtlich eines Verstoßes gegen Mindestmengenregelungen - selbst vorgibt.

Streitig ist, ob ein Vergütungsanspruch wegen teilweiser Nichteinhaltung von Anforderungen der Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL) des GBA zur Gänze ausgeschlossen ist. **SG Halle**, Urt. v. 13.07.2021 - S 8 KR 7943/19 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl. der Kl. 33.230,72 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Widerlegung einer Mindestmengenprognose

aa) „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.06.2023 - L 10 KR 119/23 B ER

RID 24-01-78

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b V; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Vorausgegangenes Kalenderjahr für eine **Mindestmengenprognose** (hier: für das Jahr 2023) ist das Kalenderjahr vor dem Jahr, in dem die Prognose gestellt wird, nicht das Kalenderjahr vor dem Jahr, für das die Prognose gestellt wird (LSG Niedersachsen-Bremen; Urt. v. 16.06.2020 - L 16 KR 64/20 - juris Rn. 28, RID 20-03-104).

Gegen die Maßgeblichkeit der **Auswirkungen der Covid-19-Pandemie** können die vor der Pandemie erreichten Fallzahlen sprechen.

Die Zugrundelegung allein der **Absicht einer strukturellen Veränderung** im Rahmen der Prognose zur voraussichtlichen Leistungsentwicklung scheidet aus. Für die Prognose dürfen nur die zum Prognosezeitpunkt bekannten Umstände maßgeblich sein.

SG Köln, Beschl. v. 18.01.2023 - S 9 KR 1974/22 ER - wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung, das **LSG** die Beschwerde der Ast. zurück.

bb) Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 09.11.2023 - L 16 KR 357/23 B ER

RID 24-01-79

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 136b V; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Beruhet die Mindestmengenprognose des Krankenhauses auf **strukturellen Veränderungen** i.S.d. § 4 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 Mm-R - hier: die Zertifizierung als Onkologisches Zentrum nach der GBA-Richtlinie - müssen sich die Krankenkassen mit diesem Argument auseinandersetzen.

Der Einwand, es fehle an spezifiziertem Vorbringen hinsichtlich der **Auswirkungen der Pandemie**, ist kein Umstand, der für sich genommen der Prognose entgegengehalten werden kann (vgl. die in § 4 Abs. 4 Satz 2 Mm-R genannten und ab 2024 gültigen Beispiele).

Die Begründung zur Widerlegung einer Mindestmengenprognose muss **plausibel** sein. Zwar haben die **Krankenkassen** das Recht und die Pflicht eine Prognose, die eine berechnete Mindestmengenerwartung nicht begründet, zu widerlegen. Der Gesetzgeber hat ihnen aber nicht das Recht eingeräumt, über dieses Instrument eine **Marktsteuerung** vorzunehmen. Die Widerlegung einer Prognose kann daher nur als begründet angesehen werden, wenn sie im Fall konkurrierender Krankenhäuser erkennen lässt, warum bei vergleichbaren Zahlen nur in einem Fall die Zurückweisung der Prognose erfolgt. Dazu müssen zwar nicht die Daten der betroffenen Krankenhäuser im Einzelnen offengelegt werden, es ist aber erforderlich, in abstrakter Weise maßgebliche Umstände aufzuzeigen, die die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen können. Dies können z.B. personelle oder strukturelle Unterschiede von solchem Gewicht sein, dass sie auch bei bloß abstrakter Darstellung einen wesentlichen Unterschied belegen.

Ist die angefochtene Widerlegung der Prognose der Ast. nicht hinreichend begründet, ist die **Anordnung der aufschiebenden Wirkung** ihrer Klage angezeigt. Dies gilt selbst dann, wenn man hierin eine Vorwegnahme der Hauptsache erblickt.

SG Köln, Beschl. v. 22.03.2023 - S 14 KR 45/23 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage S 9 KR 1474/22 KH gegen den Bescheid der Ag. v. 29.09.2022 an. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

e) Notfall: Notwendigkeit einer stationären Rehabehandlung

SG Münster, Urteil v. 13.06.2023 - S 15 KR 933/20

RID 24-01-80

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

Beim Versicherten liegt ein (vergütungsauslösender) **Notfall** i.S.d. § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V vor, wenn er ohne Behandlungsunterbrechung einer spezifischen, stationären, medizinischen **Rehabehandlung** in einer **neurologisch ausgerichteter Einrichtung** bedarf. Nach BSG, Urt. v. 19.11.2019 - B 1 KR 13/19 R - BSGE 129, 232 = SozR 4-2500 § 76 Nr. 6 trägt der Reha-Träger die Kosten, wenn ein Krankenhaus einen Versicherten weiterbehandelt, der aus medizinischen Gründen nicht mehr stationärer Krankenhausbehandlung bedarf, sondern nur noch stationärer medizinischer Reha, aber jedenfalls stationärer medizinischer Versorgung. Die Rechtsgrundsätze über ärztliche Notfallversorgung gelten entsprechend, wenn Versicherte Anspruch auf stationäre medizinische Reha haben, aber nicht zeitgerecht erhalten.

Das **SG** verurteilte die Bkl., an die Kl. 23.941,48 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Fälligkeit der Vergütung vor Abschluss einer Strukturprüfung im Jahr 2022

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 13.12.2023 - L 5 KR 2052/23

RID 24-01-81

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 69, 108, 112, 275d; BGB §§ 288, 291

Leitsatz: § 275d Abs. 2 SGB V begründet für Krankenhäuser, die vor dem **Jahr 2022** Leistungen erbracht haben, für die ab dem Jahr 2022 eine Bescheinigung nach § 275d Abs. 2 SGB V erforderlich ist, im Jahr 2022 einen **Bestandsschutz**, der bis zur Rechtskraft einer ablehnenden Entscheidung des Medizinischen Dienstes besteht. Diese Krankenhäuser waren im Jahr 2022 bis zur Bestandskraft des Bescheids berechtigt, Leistungen nach dem OPS 8-98f abzurechnen. In Rechnung gestellte Beträge waren fällig und auch zu verzinsen.

Die Beteiligten streiten (noch) über Zinsen für zunächst aufgrund negativer Strukturprüfung nicht gezahlte Vergütungen für Krankenhausbehandlungen von Mitgliedern der Bekl. **SG Freiburg**, Urt. v. 20.06.2023 - S 6 KR 1458/22 - verurteilte die Bekl., an den Kl. die beantragten Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

g) Unzulässigkeit einer Rechnungskorrektur

SG München, Urteil v. 21.11.2023 - S 7 KR 767/23

RID 24-01-82

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 275c I, 301 III; KHG § 17c II a

Die **Voraussetzungen des § 17c Abs. 2a S. 1 KHG** sind erfüllt. Die Kl. hat die Abrechnungsdaten am 30.06.2023 übermittelt und dabei keine Abrechnung des Zusatzentgelts 76ZEA513 vorgenommen. Eine Rechnungskorrektur war nicht zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich (§ 17c Abs. 2a S. 1 KHG). Im vorliegenden Fall hat die Bekl. den Medizinischen Dienst nicht zur Prüfung der Abrechnung gemäß § 275c Abs. 1 SGB V beauftragt, so dass sich daraus kein Korrekturbedarf ergibt. Nach dem Wortlaut des § 17c Abs. 2a S. 1 KHG ist eine Korrektur der Abrechnung ausgeschlossen.

Eine **Rechnungskorrektur** ist nicht gem. **§ 11 Abs. 1 Buchst. a PrüfV** zulässig, wenn es sich um einen Fehler der Stufe 4 gem. Anlage 4 handelt. Zudem muss der Fehler von der Krankenkasse angemerkt worden sein.

Aufgrund der **Prüfpflicht** gemäß § 3 S. 1 PrüfV ist die Krankenkasse nicht zur begehrten Rechnungskorrektur verpflichtet.

Eine **einschränkende Auslegung** des § 17c Abs. 2a S. 1 KHG ist nicht angezeigt.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Prüfvereinbarung

a) Wechsel vom Begehungsverfahren in schriftliches Verfahren: Sechswochenfrist

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.10.2023 - L 10 KR 226/22 KH

RID 24-01-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3, 275; KHEntgG § 17b

Ein **Wechsel vom Begehungsverfahren in das schriftliche Verfahren** außerhalb der auch in diesem Zusammenhang maßgeblichen **Sechswochenfrist** des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V ist verfristet. Hat der MDK in Ermangelung einer fristgemäßen Anzeige ein Prüfverfahren nicht wirksam in Gang gesetzt, kann sich die Krankenkasse bereits aus diesem Grunde nicht auf die in § 7 Abs. 2 S. 6 PrüfV 2016 getroffene Regelung berufen, wonach ein Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag besteht.

Die **Anforderung der Unterlagen** ist nicht hinreichend **konkretisiert**, wenn nur um Übersendung „sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den Prüfgegenstand vollumfänglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt werden“, gebeten wird.

SG Detmold, Urt. v. 16.02.2022 - S 22 KR 193/20 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 3.006,92 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung unter Änderung des Zinsausspruchs zurück.

b) Frist zur Mitteilung der abschließenden Entscheidung: Materielle Präklusion

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 01.02.2024 - L 5 KR 357/22 KH

RID 24-01-84

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

PrüfV 2014 § 8 S. 3

Die in § 8 S. 3 PrüfV 2014 niedergelegte **Frist zur Mitteilung der abschließenden Entscheidung** und der wesentlichen Gründe ist zwar nicht als materiell-rechtliche Ausschlussfrist anzusehen. Die Regelung wirkt aber i.S. einer **materiellen Präklusion** mit der Folge, dass die Krankenkasse nach Ablauf der Frist eine abschließende Entscheidung nicht mehr nachholen und eine entsprechende Begründung nicht mehr vorlegen kann.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 31.03.2022 - S 43 KR 357/22 KH - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.067,04 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies die Klage im Übrigen ab. Auf die Hilfswiderklage verurteilte es die Kl., an die Bekl. 1.148,69 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies die Hilfswiderklage im Übrigen ab. Auf die Berufung der Kl. wies das *LSG* die Hilfswiderklage ab.

c) Kein Erstattungsanspruch der im Erörterungsverfahren angefallenen Rechtsanwaltskosten

SG Nürnberg, Urteil v. 13.09.2023 - S 18 KR 8/23

RID 24-01-85

Berufung zugelassen, Sprungrevision anhängig: B 1 KR 32/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 I 3, 275c I 1; KHG § 17b IIb; BGB §§ 241 II, 280 I, 286 I; VwGO § 162 II 2

Eine Krankenhausträgerin hat gegen die Krankenkasse **keinen Erstattungsanspruch** der im **Erörterungsverfahren** nach § 275c Abs. 1 S. 1, S. 3 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 1 PrüfvV 2021 angefallenen **Rechtsanwaltskosten** (hier: 220,27 €).

Krankenkassen und zugelassene Krankenhäuser stehen in einem auf Dauer angelegten öffentlich-rechtlich geregelten Leistungsverhältnis, das neben den Hauptleistungspflichten weitere, in einem Gegenseitigkeitsverhältnis stehende **Nebenpflichten** begründet und durch zahlreiche untergesetzliche Normen sowie vertragliche Vereinbarungen näher ausgestaltet wird. Dementsprechend kann grundsätzlich auf die Regelungen der §§ 241 ff. BGB in analoger Weise zurückgegriffen werden.

Allein die **Beauftragung des MD** mit der Prüfung nach § 275c Abs. 1 S. 1 SGB V stellt **keine Pflichtverletzung** der Krankenkasse dar. Die Erfüllung einer Rechtspflicht durch ein Handeln schließt eine Pflichtverletzung im Sinn von §§ 280 Abs. 1 i.V.m. 241 Abs. 2 BGB durch diese Handlung aus.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. Fallpauschalen

a) Maßgebliche Hauptdiagnose für Ressourcenverbrauch

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.11.2023 - L 26 KR 127/23

RID 24-01-86

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: 1. Maßgeblich für die Betrachtung, welche **Krankheit** i. S. der Bestimmung D002f (DKR 2019) die **Ressourcen des Krankenhauses** vorrangig in Anspruch genommen hat und die Hauptdiagnose begründet, ist bei **Verlegung** der jeweilige einzelne Krankenhausaufenthalt.

2. **DKR und FPV** bilden gleichrangig den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche **DRG** folgt. Es liegt insoweit ein Zusammenspiel vor.

SG Cottbus, Urt. v. 24.03.2023 - S 11 KR 503/20 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne Beatmung

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 30.11.2023 - S 46 KR 963/21 KH

RID 24-01-87

www.juris.de

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

Sind keinerlei **Beatmungsstunden** für den Aufenthalt einer Patientin zu berücksichtigen, ist die Behandlung nicht nach der DRG E40C (Krankheiten und Störung der Atmungsorgane mit Beatmung, > 24 Std., mit Komplexer Prozedur), sondern nach der DRG E65B (Chronisch-obstruktive **Atemwegserkrankung** oder best. Atemwegsinfektion ohne äußerst schwere CC, mit komplizierender Diagnose oder mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 J. oder mit bestimmter mäßig aufwendiger/aufwendiger Behandlung) abzurechnen. Eine Abrechenbarkeit der Beatmungsstunden scheitert daran, dass eine **intensivmedizinische Versorgung** nicht stattfindet.

Das *SG* wies die Klage ab.

c) Diabetes mellitus mit Komplikation/Nebendiagnose „Sonstige akute Osteomyelitis“

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.07.2023 - L 11 KR 575/19

RID 24-01-88

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Als **Hauptdiagnose** ist eine Diagnose zu bezeichnen, die nach einer ex-post-Betrachtung objektiv hauptsächlich, aber nicht ausschließlich, bei Krankenhausaufnahme - grundsätzlich nicht später - für die ursächliche Auslösung des stationären Behandlungsgeschehens und den entsprechenden Ressourcenverbrauch verantwortlich gewesen ist. Neben den allgemeinen Kodierrichtlinien ist zudem auf den Besonderen Teil der DKR (2014) 0401H „**Diabetes mellitus mit Komplikation**“ abzustellen, aus dem eine spezifizierte Definition der Hauptdiagnose in Bezug auf den vorliegenden **Diabetes** folgt.

Eine Kodierung der **Nebendiagnose M86.17 (Sonstige akute Osteomyelitis - Knöchel und Fuß)** scheidet aus, wenn es an einem gesicherten Nachweis für eine Osteomyelitis fehlt. Die Nebendiagnose M86.17 ist als Verdachtsdiagnose nur zu erfassen, wenn auch im Ergebnis der erforderlichen Untersuchungen hinsichtlich der Diagnose ein non liquet besteht. Daher liegt eine Verdachtsdiagnose nicht dann vor, wenn zwischen Krankenhaus und Krankenkasse über eine Diagnose Streit besteht, sondern nur dann, wenn sich die streitige Tatsache (Vorliegen der Diagnose) nicht aufklären lässt (hier verneint) (vgl. LSG Sachsen, Urt. v. 15.12.2021 - L 1 KR 260/16 RID 22-04-115).

SG Detmold, Urt. v. 14.11.2016 - S 5 KR 151/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Vorliegen einer Candidose/Wundinfektion als Nebendiagnose

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.11.2023 - L 11 KR 3288/21

RID 24-01-89

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Für das Vorliegen einer Candidose (Infektionskrankheit durch Pilze der Gattung Candida) reicht eine Besiedlung mit dem genannten Keim nicht aus. Eine **Wundinfektion** kann (z.B. als **Nebendiagnose B37.88**) erst dann kodiert werden, wenn Infektionszeichen hinzukommen. Bei Nachweis von Bakterien auf Wunden ist zwischen Kontamination, Kolonisation und Infektion zu unterscheiden.

SG Heilbronn, Urt. v. 28.09.2021 - S 16 KR 3231/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.751 € nebst Zinsen zu bezahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

e) Mitteilung des Erstattungsanspruchs/Fibrinogen-Mangel keine erworbene Afibrinogenämie

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.05.2022 - L 16 KR 522/21

RID 24-01-90

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 33/23 R

www.juris.de

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

Die **Mitteilung des Erstattungsanspruchs** gem. § 8 S. 1 PrüfvV 2016 setzt nicht voraus, dass der Erstattungsanspruch von der Krankenkasse **konkret beziffert** werden muss, wenn sich der Erstattungsanspruch aus den mitgeteilten wesentlichen Gründen für die Rechnungskürzung gem. § 8 S. 2 PrüfvV hinreichend konkretisieren lässt.

Ist nur von einem **vorübergehenden Mangel an Fibrinogen** aufgrund von peri- und postoperativen Blutungen auszugehen, da sich der Fibrinogenwert zuvor im Normbereich befunden hat, kann die Nebendiagnose D65.0 („erworbene Afibrinogenämie“) nicht kodiert werden, da diese ein Fehlen von Fibrinogen voraussetzt.

SG Hannover, Urt. v. 21.10.2021 - S 86 KR 753/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 8.841,71 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

f) Radikale (systematische) Lymphadenektomie mediastinal, thorakoskopisch (OPS 5-404.8)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.01.2023 - L 5 KR 305/20

RID 24-01-91

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die Voraussetzung des OPS 5-404.8 (Radikale [systematische] **Lymphadenektomie** als selbstständiger Eingriff, mediastinal, thorakoskopisch) liegen vor, wenn bei dem Versicherten sämtliche mittels videoassistierten mediastinoskopischen Lymphadenektomie **erreichbaren Lymphknoten** entfernt werden.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 09.03.2020 - S 17 KR 1319/16 - gab der Klage der Krankenkasse in Höhe von 3.151,96 € nebst Zinsen statt und wies sie im Übrigen (Klageantrag: Zahlung von 7.530,19 €) ab. Das **LSG** wies die Berufung der Kl. zurück.

g) Vergütung von Faktor X-Präparaten

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.12.2023 - L 16 KR 155/22

RID 24-01-92

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Eine Vergütung von **Faktor X-Gaben** war nach Maßgabe der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) für das Jahr 2018 nicht möglich. Nach Fußnote 1) der Anlage 7 zur FPV 2018 ist die **Abrechnung des Zusatzentgelts (ZE)2018-97** (nur) möglich, sofern einer der ICD-Kodes aus der jeweiligen Definition der Anlage 7 und einer der OPS-Kodes aus der jeweiligen Definition der Anlage 6 vorliegt. Der einschlägige OPS 8-812.a ist in der Anlage 6 jedoch nicht aufgeführt.

Ein **Rückgriff auf § 2 Abs. 1 SGB V**, um im Einzelfall für das Krankenhaus entstehende Härten auszugleichen, verbietet sich vor dem Hintergrund des komplexen Vergütungssystems.

Eine Erhöhung der Vergütung kann nicht auf **§ 2 Abs. 1a SGB V** gestützt werden, da es sich bei der **Gabe von Coagadex** nicht um eine vom Qualitätsgebot abweichende Leistung handelt.

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer Medikamentengabe im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung eines Mitglieds der Bekl. im Hause der Kl. **SG Braunschweig**, Urt. v. 25.01.2022 - S 40 KR 297/19 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung der beantragten 254.362 € nebst Zinsen. Das **LSG** wies die Klage ab.

4. Aufwandspauschale: Fehlen einer Abrechnungsminderung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.10.2023 - L 16 KR 141/20

RID 24-01-93

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 I c 3

Der Anspruch auf die Entrichtung einer **Aufwandspauschale** entsteht, wenn die gesetzlichen Tatbestandsvoraussetzungen, insb. das **Fehlen** einer durch die MDK-Prüfung mitbedungenen objektiv feststellbaren **Abrechnungsminderung**, erfüllt sind. Ferner steht dem Anspruch auch nicht die geltend gemachte Einrede der **Verjährung** entgegen.

SG Berlin, Urt. v. 23.01.2020 - S 51 KR 917/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 € zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

5. Pauschalierte, fachabteilungsbezogene Pflegepersonaluntergrenzen rechtswidrig

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 13.12.2023 - L 5 KR 3223/22

RID 24-01-94

Revision anhängig: B I KR 3/24 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 137i I

Leitsatz: Das Gesetz gibt in § 137i Abs. 1 Satz 3 SGB V (eingefügt durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz vom 11.12.2018) zwingend vor, dass für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus die **Pflegepersonaluntergrenzen** differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem von der InEK entwickelten, jährlich zu aktualisierenden

Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (sog. Pflegelast-Katalog) bestimmt, festzulegen „sind“. Die allein pauschalisierte, fachabteilungsbezogene Festlegung von pflegesensitiven Bereichen, wie sie § 3 Abs. 2 Nr. 1 PpUGV in der Fassung vom 09.11.2020 vorsieht, verstößt in Zusammenschau mit der nach § 6 Abs. 1 PpUGV ebenfalls pauschalisierten Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen gegen höherrangiges Recht.

Im Streit steht die Feststellung der pflegesensitiven Bereiche des kl. Krankenhauses für das Jahr 2021 im Fachgebiet der Neurologie. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 10.10.2022 - S 9 KR 2984/21 - RID 23-03-89 hob die angefochtenen Bescheide der Bekl. auf, das **LSG** wies die Berufung zurück.

6. Richtlinien des GBA

a) Zentrums-Regelungen des GBA rechtmäßig

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.11.2023 - L 16 KR 426/20 KL

RID 24-01-95

Revision anhängig: B 1 KR 4/24 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136c V

Unter Berücksichtigung des bei der Kontrolle untergesetzlichen Rechts eingeschränkten gerichtlichen Prüfungsmaßstabs verstößt § 1 Abs. 1b Anlage 4 der **Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten** gemäß § 136c Abs. 5 SGB V weder in formeller noch in materieller Hinsicht gegen höherrangiges Recht; die Regelung ist insbesondere auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht zu beanstanden.

Die kl. Krankenhausträgerin wandte sich gegen den Beschl. des bekl. GBA v. 05.12.2019 zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V, soweit durch § 1 Abs. 1b der Anlage 4 zusätzlich zu einer Fachabteilung für Rheumatologie am Standort drei von acht der folgenden Fachabteilungen gefordert werden: Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gastroenterologie, Augenheilkunde. Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik rechtmäßig

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.06.2023 - L 4 KR 92/23 KL

RID 24-01-96

Revision anhängig: B 1 KR 26/23 R

www.juris.de

SGB V §§ 136a, 137

Unter Berücksichtigung des bei der Kontrolle untergesetzlichen Rechts eingeschränkten gerichtlichen Prüfungsmaßstabs verstößt die „**Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V**“ (PPP-RL) weder in formeller noch in materieller Hinsicht gegen höherrangiges Recht; sie ist insb. auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht zu beanstanden. Der GBA hat den ihm durch § 136a Abs. 2 S. 1 und 2 i.V.m. § 137 Abs. 1 SGB V gesetzten Rahmen weder durch § 2 Abs. 2 PPP-RL noch durch die Einbeziehung von Pflegepersonal in die Mindestvorgaben noch durch ein Absehen von einem gestuften System von Rechtsfolgen noch durch eine Missachtung des Verhältnismäßigkeitsgebots nach § 137 Abs. 1 S. 4 SGB V überschritten.

Die kl. Krankenhausträgerin wandte sich gegen die vom bekl. GBA erlassene PPP-RL. Das **LSG** wies die Klage ab.

Zu weiteren Revisionsverfahren s. RID 23-04-65 bis RID 23-04-69.

7. Aufschlagszahlung: Aufschiebende Wirkung eines Widerspruchs

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 06.09.2023 - L 10 KR 159/23 B ER

RID 24-01-97

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275c III; SGG §§ 86a, 86b

§ 275c Abs. 5 S. 1 SGB V (i.d.F. des MDK-Reformgesetzes vom 14.12.2019) sah zwar noch vor, dass Widerspruch und Klage auch gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach § 275c Abs. 3 SGB V

keine **aufschiebende Wirkung** haben. Diese Regelung hat der Gesetzgeber jedoch m.W.v. 29.12.2022 auf Widersprüche und Klagen gegen die Ermittlung der Prüfquote nach § 275c Abs. 4 SGB V beschränkt. Soweit die Regelung bis dahin vorsah, dass auch Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung eines Aufschlags keine aufschiebende Wirkung haben, hat er sie gestrichen.

Nach den Grundsätzen des **intertemporalen Prozessrechts** sind Änderungen der Rechtslage grds. ab dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens. Eine Änderung des Verfahrensrechts erfasst damit grds. auch anhängige Rechtsstreitigkeiten, wenn Übergangsregelungen nichts Abweichendes regeln.

SG Köln, Beschl. v. 30.01.2023 - S 9 KR 1655/22 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs an und verpflichtet die Ag., den Aufschlagsbetrag von 897,66 € an den Ast. zurückzuerstatten. Das **LSG** stellte fest, dass der Widerspruch des Ast. gegen den Bescheid der Ag. v. 13.09.2022 aufschiebende Wirkung hat, und wies die weitergehende Beschwerde zurück.

8. Keine Feststellungsklage auf Nichtbestehen eines Rückforderungsanspruchs

SG München, Schlussantrag v. 18.10.2023 - S 59 KR 547/22

RID 24-01-98

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109; BGB § 215; SGG § 55

Leitsatz: In Krankenhausvergütungsstreitigkeiten kann der Krankenhausträger in der Regel nicht auf die **Feststellung klagen**, dass bezüglich der von der Krankenkasse bezahlten Abrechnung kein Rückforderungsanspruch besteht, selbst wenn sich die Krankenkasse eines solchen Rückforderungsanspruchs berührt, aber diesen nicht gegen eine andere, noch offene Vergütungsforderung des Krankenhauses aufrechnet.

Das **SG** wies die Klage ab.

VIII. Beziehung zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2023 - **B 3 KR 2/23 R** - unterliegt die **Versorgung** gesetzlich Krankenversicherter mit **Blutzuckerteststreifen zur Eigenanwendung** jedenfalls **außerhalb von Apotheken den Regelungen über die Beziehungen der Krankenkassen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln**. Zwar ist der Anspruch auf Versorgung mit Blutzuckerteststreifen leistungsrrechtlich der Versorgung mit **Arznei- und Verbandmitteln** und nicht der Versorgung mit Hilfsmitteln zugeordnet. Krankenversicherungsrechtlich sind Blutzuckerteststreifen jedoch jedenfalls seit ihrer Einbeziehung in das Medizinproduktrecht keine Arzneimittel, sondern in der Umschreibung des Gesetzgebers der Arzneimittelversorgung zugeordnete „**sonstige Leistungen**“. Abgegeben werden können sie - wie jede Sachleistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung - nur auf der Grundlage entsprechender **Verträge** zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse. Das können bei der Abgabe von Blutzuckerteststreifen zur Eigenanwendung nach dem numerus clausus möglicher Vertragsbeziehungen zu Leistungserbringern in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Regelungssystematik und Wirkweise jedenfalls bei der Abgabe außerhalb von Apotheken nur Verträge zur Hilfsmittelversorgung sein, obschon Blutzuckerteststreifen leistungserbringungsrechtlich nicht in jeglicher Hinsicht Vorschriften zur Hilfsmittelversorgung unterliegen; so sind sie nach zutreffender Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbands etwa insbesondere nicht in das Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Zu Unrecht hat die Beklagte jedoch die **Beiträge** der Klägerin zu den **Verträgen über die Abgabe von Blutzuckerteststreifen** und den weiteren streitbefangenen Hilfsmitteln als unwirksam erachtet, weil sie den **Beitritt unter „Protest und Ausschluss“** einzelner Vertragsklauseln erklärt hatte. Nach den Grundsätzen über die Auslegung öffentlich-rechtlicher Willenserklärungen war das nicht als auf den Abschluss eines von der Bekl. nicht angebotenen Vertrags gerichtet zu verstehen. Nach dem Gesamtzusammenhang und mit Blick auf die von der Kl. im unmittelbaren Anschluss begonnene Abgabe von Blutzuckerteststreifen müssen die Erklärungen vielmehr so verstanden werden, dass die Kl. einerseits den Zugang zur Versorgung Versicherter zu den Konditionen anderer Leistungserbringer beansprucht und das andererseits mit der Ankündigung verbunden hat, die von ihr beanstandeten Klauseln einer gerichtlichen Überprüfung zu unterziehen. Das war bis zur Einführung eines Schiedsverfahrens für Verträge zur Hilfsmittelversorgung möglich, weil die Garantie effektiven gerichtlichen Rechtsschutzes verletzt wäre, stünde einem Leistungserbringer in einer Lage wie hier nur die Möglichkeit offen, entweder mit der Aufnahme der Versorgung bis zu einer gerichtlichen Entscheidung über aus seiner Sicht zu beanstandende Vertragsbedingungen zuzuwarten oder sich widerspruchsfrei auf diese einzulassen. Deshalb stand einem Leistungserbringer bis zur Einführung des Schiedsverfahrens der Zugang zur Hilfsmittelversorgung auch dann offen, wenn er sich die gerichtliche Klärung dieser Vertragsbedingungen vorbehielt und bereit war, die Versorgung auch mit dem Risiko aufzunehmen, mit der Klage auf Korrektur der beanstandeten Bedingung(en) schließlich nicht durchzudringen. Zu Recht wendet sich die Kl. hiernach gegen die Verurteilung zur Erstattung der von der Beklagten bereits entrichteten Vergütungen für Blutzuckerteststreifen. Inwiefern ihre weiteren Forderungen begründet sind, bedarf hingegen weiterer Feststellungen; allerdings nicht, soweit sie eine höhere Vergütung für die Versorgung mit Blutzuckerteststreifen beansprucht, weil für eine missbräuchliche Preisgestaltung auf Seiten der Bekl. nichts dargetan ist.

1. Apotheken: Rezepturzuschlag nur pro Verordnung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 29.01.2024 - L 4 KR 3239/21

RID 24-01-99

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 129; AMPPreisV § 5 I Nr. 2, II

Leitsatz: 1. Der **Rezepturzuschlag** nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 AMPPreisV kann für eine vertragsärztliche **Verordnung** nur einmal in Ansatz gebracht werden und nicht für jede daraus resultierende **Applikationseinheit** (hier: mehrere Fläschchen mit Augentropfen).

2. Zur **Retaxierung** und **Aufrechnung** durch die Krankenkasse.

SG Stuttgart, Urt. v. 06.09.2021 - S 23 KR 53/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Arzneimittelhersteller: Herstellerabschlagspflicht: Vergleichspreis

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.10.2023 - L 14 KR 258/18

RID 24-01-100

Revision anhängig: B 3 KR 16/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 130a

Leitsatz: 1. Die Vorschrift des § 130a Abs. 3a Satz 3 SGB V a.F. (heute Satz 4) findet auch dann Anwendung, wenn zum Stichtag mehr als ein **Vergleichsprodukt** in den Markt eingeführt war.

2. Hat der **pharmazeutische Unternehmer** vor Neueinführung eines Arzneimittels mehrere Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in den Verkehr gebracht, wird der **Vergleichspreis** zur Ermittlung des Herstellerrabatts aus dem arithmetischen Mittelwert der Vergleichsarzneimittel bestimmt.

3. Bei der Bildung eines Durchschnitts zur Bestimmung des Vergleichspreises sind auch „**außer Vertrieb**“ **gesetzte, aber noch verkehrsfähige Arzneimittel** einzubeziehen; es kommt nicht darauf an, ob und in welchem Umfang diese zum Stichtag tatsächlich noch vertrieben wurden.

Streitgegenstand der Berufung ist die Herstellerabschlagspflicht für das Arzneimittel A-Pen ab Markteinführung im Juli 2011. Die Kl. begehrt die Feststellung, dass der A-Pen für die Packungen mit 4 und 12 Fertigspritzen seit Juli 2011 nicht dem Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 3a SGB V unterliegt. Hilfsweise begehrt sie zum einen die Feststellung einer Berechnung einer Preiserhöhung ohne Berücksichtigung des Vergleichsarzneimittels A-AV und zum anderen die Feststellung, dass der ApU des neu eingeführten Arzneimittels bei Ermittlung des Preisstandes mit berücksichtigt wird. *SG Berlin*, Urt. v. 11.04.2018 - S 143 KR 140/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis bei mehreren Funktionen (Motorbewegungsschiene)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.11.2023 - L 16 KR 111/19

RID 24-01-101

Revision anhängig: B 3 KR 17/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33 I, 139

Leitsatz: Bietet ein Hersteller ein **medizinisches Hilfsmittel** i.S.d. § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V an, das über **mehrere Funktionen** verfügt (hier: **Motorbewegungsschiene** für die aktive und passive Bewegung des Knies sowie für eine Koordinationstherapie), setzt die **Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis** voraus, dass der medizinische Nutzen hinsichtlich sämtlicher auf dem Markt angebotener und beworbener Funktionen nachgewiesen ist. Das Hilfsmittel ist nur insgesamt und nicht bezogen auf einzelne Funktionen eintragungsfähig.

SG Berlin, Urt. v. 22.02.2019 - S 71 KR 1576/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Heilmittelerbringer

a) „Heilmittelrettungsschirm“ (COVID-19-VSt-SchutzV)

aa) Maßgebliche Vergütungshöhe nach vorliegenden Daten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.05.2023 - L 10 KR 459/22 SodEG

RID 24-01-102

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 84 V, VII; COVID-19-VSt-SchutzV § 2 II 2 Nr. 1

Maßgeblich für die Bestimmung der im Quartal IV/19 gegenüber den Krankenkassen **abgerechneten Vergütung**, auf die § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 COVID-19-VSt-SchutzV abstellt, sind allein die dem GKV-Spitzenverband nach § 84 Abs. 7 i.V.m. Abs. 5 SGB V hierzu vorliegenden Daten. Eine weitere Prüfung der entsprechenden Beträge findet im Verwaltungs- und gerichtlichen Verfahren nicht statt. Dies folgt aus Wortlaut und Systematik der COVID-19-VSt-SchutzV wie auch aus deren Sinn und Zweck. Das Regelungskonzept der Verordnung ist auch mit höherrangigem Recht vereinbar.

SG Aachen, Urt. v. 06.04.2022 - S 1 KR 100/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.05.2023 - L 10 KR 657/22 SodEG

RID 24-01-103

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 34/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

bb) Höhe der Ausgleichszahlung: Zeitpunkt der Zulassung/Neugründung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.06.2023 - L 10 KR 487/22 SodEG

RID 24-01-104

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 124; COVID-19-VSt-SchutzV § 2 II

Gemäß § 2 Abs. 2 COVID-19-VSt-SchutzV knüpft die **Höhe der Ausgleichszahlung** an den Zeitpunkt der **Zulassung des jeweiligen Leistungserbringers** an. Die Zulassungsentscheidung hat insofern konstitutiven Charakter und kann daher Rechtswirkung nur für die Zeit ab Zugang der Zulassungsentscheidung bzw. dem Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens entfalten. Wird die Heilmittelpraxis **neu gegründet**, ist es unerheblich, dass einer der Gesellschafter bereits zuvor eine Praxis in den selben Räumen geführt hat, die mit der Neugründung erloschen ist.

SG Düsseldorf, Urt. v. 03.06.2022 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Deklaratorische Feststellung der Zulassung: Keine aufschiebende Wirkung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.08.2023 - L 11 KR 260/23 B ER

RID 24-01-105

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 124; SGG §§ 86a, 86b I 1 Nr. 1

Widerspruch und Klage haben gegen belastende Bescheide **keine aufschiebende Wirkung**, wenn der Bescheid den **Eintritt einer gesetzlich unmittelbar angeordneten Wirkung**, nämlich des Erlöschens der Zulassung, lediglich **deklaratorisch feststellt**. Denn der Eintritt einer vom Gesetzgeber unmittelbar auch ohne Vollzugsakt oder feststellenden Verwaltungsakt geregelten Rechtsfolge kann durch die Erhebung von Widerspruch und Klage gegen einen solchen Verwaltungsakt nicht aufgeschoben werden. In einem derartigen Fall kommt naturgemäß auch die gerichtliche Anordnung der aufschiebenden Wirkung gemäß § 86b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG nicht in Betracht.

Eine **Vorwegnahme der Hauptsache** steht der Zulässigkeit eines Antrags auf **Erlaß einer einstweiligen Anordnung** nur dann nicht entgegen, wenn eine Entscheidung in der Hauptsache möglicherweise zu spät käme, insb. weil sonst besonders schwere und unzumutbare, nicht anders als durch einstweiligen Rechtsschutz abwendbare Nachteile eintreten, die durch die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr beseitigt werden können. In diesem Fall sind aber erhöhte Anforderungen an die Glaubhaftmachung des Anordnungsanspruchs und insbesondere des Anordnungsgrundes zu stellen.

SG Köln, Beschl. v. 06.03.2023 - S 31 KR 115/23 ER - lehnte die Anträge auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

5. Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen: Maßgeblichkeit einer Spitzenorganisation

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.06.2023 - L 4 KR 166/22 KL

RID 24-01-106

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 134 III 1; SGG § 29 IV

Leitsatz: 1. Die Frage, ob eine **Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen** auf Bundesebene maßgeblich i.S.v. § 134 Abs. 3 Satz 1 SGB V ist, kann nur für den gesamten Anwendungsbereich von § 134 SGB V einheitlich geklärt werden.

2. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg ist für die in § 29 Abs. 4 SGG genannten Angelegenheiten unabhängig von der jeweiligen Klageart **zuständig**.

Der kl. Verein begehrt von der bekl. Schiedsstelle nach § 134 SGB V eine Entscheidung über die Frage, wer als für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen auf Bundesebene i.S.v. § 134 Abs. 3 S. 1 SGB V zur Bildung der sog. gemeinsamen Stelle anzusehen ist. Das **LSG** wies die Klage ab.

6. Kündigung eines Vertrages zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe

SG Halle, Urteil v. 28.03.2023 - S 8 KR 227/20

RID 24-01-107

www.juris.de

SGB V §§ 69, 132, 132a; BGB § 611

Der Beitritt zu einem Rahmenvertrag begründet ein **Dauerschuldverhältnis**, das durch eine Kündigung beendet werden kann. Die Kündigung der Dauerschuldverhältnisse regelt § 314 BGB. Diese Vorschrift ist anwendbar, weil für Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V auch privatrechtliche Regelungen gelten.

Eine außerordentliche Kündigung ist unwirksam, wenn die ihr zugrundeliegende **Sachverhaltsermittlung** evident **fehlerhaft** ist.

Die Ausübung eines **allgemeinen Kündigungsrechts** ist ein nicht gerechtfertigter Eingriff in die Berufsfreiheit und ist aus diesem Grund nichtig, wenn die Krankenkasse weder darlegt noch unter Beweis stellt, welche konkreten Handlungen von dem Pflegedienst verletzt werden und welche **Pflichtverstöße** genau vorliegen. Es entspricht mittlerweile allgemeiner Auffassung, dass Pflegedienste, welche die qualitativ-fachlichen, personellen und räumlichen Voraussetzungen für eine angemessene Pflege erfüllen, gegen die Krankenkassen ein Rechtsanspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages haben.

Das **SG** stellte fest, dass die außerordentlichen Kündigungen des Versorgungsvertrags zur Erbringung Häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe des Bekl. v. 27.04.2020 unwirksam sind, und wies im Übrigen (Feststellungsklage hinsichtlich des Schadensersatzes) die Klage ab.

IX. Verfahrensrecht

1. Fehlende Mitwirkung des behandelnden Arztes bei der Sachverhaltsaufklärung

SG Darmstadt, Urteil v. 23.01.2024 - S 13 KR 775/19

RID 24-01-108

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27, 33; SGB X § 24

Leitsatz: 1. Erst wenn sich nach Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten entscheidungserhebliche Tatsachen nicht mehr feststellen lassen, stellt sich die Frage nach den Folgen der **Nichterweislichkeit** bzw. der **fehlenden Mitwirkung**.

2. Eine Behörde kann einen Leistungsantrag eines Versicherten nicht wegen der **fehlenden Mitwirkung des behandelnden Arztes** ablehnen, sondern hat zunächst die ihm obliegenden Auskunftspflichten - nötigenfalls zur Verwaltungszwang oder ein Vernehmungsgesuch - durchzusetzen.

Die Beteiligten streiten nach Erledigung des Rechtsstreits noch im Rahmen einer Fortsetzungsfeststellungsklage darum, ob der Kl. einen Anspruch auf Versorgung mit einem Schrägliegebrett als Hilfsmittel nach dem SGB V gehabt hätte. Das **SG** stellte fest, dass der Bescheid der Bekl. rechtswidrig war und der Kl. gegenüber der Bekl. einen Anspruch auf Versorgung mit dem beantragten Schrägliegebrett im Sonderbau mit Kippvorrichtung hatte.

2. Berufung kein Antrag auf mündliche Verhandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.07.2023 - L 5 KR 24/23

RID 24-01-109

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 105

Ist ein Vortrag des Klägers dahingehend auszulegen, dass er **Nichtzulassungsbeschwerde** (§ 145 SGG) eingelegt hat und seine **Berufung** - trotz des Hinweises auf deren Unzulässigkeit - aufrechterhalten wollte, so kann die Berufung nicht als **Antrag auf mündliche Verhandlung** (§ 105 Abs. 2 S. 2 SGG) ausgelegt werden.

Der Kl. begehrte die Kostenübernahme für eine privatärztliche Untersuchung. *SG Köln*, Gerichtsb. v. 16.12.2022 - S 21 KR 1319/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Versorgung mit Cannabis: Begründete Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes

BSG, Urteil v. 29.08.2023 - B 1 KR 26/22 R

RID 24-01-110

www.juris.de

Steht eine **Standardtherapie** zur Behandlung der Schmerzerkrankung und zur Erreichung des angestrebten Behandlungsziels der Schmerzlinderung zur Verfügung, bedarf es der **begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes**, warum diese Methoden unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes dennoch nicht zur Anwendung kommen können. Das Gesetz gesteht dem behandelnden Vertragsarzt insoweit eine **Einschätzungsprärogative** zu. An die begründete Einschätzung sind aber **hohe Anforderungen** zu stellen. Sie muss die mit Cannabis zu behandelnde Erkrankung und das Behandlungsziel benennen, die für die Abwägung der Anwendbarkeit verfügbarer Standardtherapien mit der Anwendung von Cannabis erforderlichen Tatsachen vollständig darlegen und eine Abwägung unter Einschluss möglicher schädlicher Wirkungen von Cannabis beinhalten (vgl. bereits BSG, Ur. v. 10.11.2022 - B 1 KR 28/21 R - BSGE 135, 89 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 31, juris Rn. 24 ff.).

2. Verlegungsabschlag: Stationäre Aufnahme erforderlich

BSG, Urteil v. 29.06.2023 - B 1 KR 20/22 R

RID 24-01-111

SozR 4 = Die Leistungen Beilage 2023, 315 = KRS 2023, 326

Leitsatz: 1. **Syndikusrechtsanwälte**, die für eine Behörde auftreten, können für die Übermittlung elektronischer Dokumente das besondere **elektronische Behördenpostfach** nutzen.

2. Eine **Verlegung** im Sinn der Fallpauschalenvereinbarung erfordert eine **stationäre Aufnahme** im Sinn einer organisatorischen Eingliederung als Patient in das spezifische Versorgungssystem des aufnehmenden Krankenhauses.

3. Erstattungsanspruch des Rentenversicherungsträgers: Vergütungsvereinbarung

BSG, Urteil v. 29.06.2023 - B 1 KR 23/22 R

RID 24-01-112

SozR 4 = KrV 2023, 201 = Die Leistungen Beilage 2024, 31

Leitsatz: Unter den Begriff der Rechtsvorschrift, die den **Erstattungsanspruch** des nachrangig verpflichteten Leistungsträgers **begrenzt**, fällt auch eine gesetzlich vorgesehene **Preisvereinbarung** zwischen dem vorrangig verpflichteten Leistungsträger und dem Leistungserbringer.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Approbation/Berufserlaubnis

a) Approbation: Gesundheitliche Eignung zur Ausübung des ärztlichen Berufs (Augenerkrankung)

OVG Hamburg, Urteil v. 09.11.2023 - 3 Bf 64/21

RID 24-01-113

www.juris.de

BÄO §§ 2 II, 3 I 1 Nr. 3; GG Art. 3 III 2, 12 I

Leitsatz: 1. Die für die Erteilung einer Approbation als Arzt nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BÄO erforderliche **gesundheitliche Eignung** des jeweiligen Antragstellers muss sich grundsätzlich auf **sämtliche Fachgebiete ärztlicher Tätigkeit** erstrecken.

2. **Ausnahmen** von dem Grundsatz, dass sich die gesundheitliche Eignung auf sämtliche Fachgebiete ärztlicher Tätigkeit erstrecken muss, lassen sich angesichts der umfassenden Wirkung der Approbation im Einzelfall nur in engen Grenzen rechtfertigen: Mindestvoraussetzung ist in quantitativer Hinsicht, dass der jeweilige Antragsteller zumindest für den weit überwiegenden Teil der Gebiete ärztlicher Tätigkeit die gesundheitliche Eignung aufweist; in qualitativer Hinsicht muss die gesundheitliche Eignung jedenfalls die Ausübung elementarer Tätigkeiten innerhalb des Arztberufs zulassen.

3. Diesem Normverständnis stehen die durch Art. 12 Abs. 1 GG garantierte **Berufsfreiheit**, das **Verbot der Benachteiligung Behinderter** nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und Art. 27 der UN-Behindertenrechtskonvention nicht entgegen.

4. Kann ein Antragsteller infolge einer **Augenerkrankung** ärztliche Tätigkeiten, bei denen es auf eine präzise optische Wahrnehmung und Beurteilung von Details, Strukturen, Farben, Formen, Mengen und/oder Abständen u.ä. entscheidend ankommt, nicht so mit dem gebotenen Maß an Sicherheit ausüben, dass sie stets nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen, weist er die gesundheitliche Eignung für den weit überwiegenden Teil der Gebiete ärztlicher Tätigkeit nicht auf.

b) Ruhen der Approbation

aa) Zweifel an gesundheitlicher Eignung bei Betäubungsmittelmissbrauch

VG Köln, Beschluss v. 13.11.2023 - 7 L 2102/23

RID 24-01-114

www.juris.de

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 3 VwGO § 80

Zweifel an der **gesundheitlichen Eignung** für den Arztberuf bestehen insb. bei tatsächlichen Anhaltspunkten für einen **Betäubungsmittelmissbrauch**. Solche Zweifel können sich aus der in einem Polizeibericht dokumentierten Angabe ergeben, der Arzt habe Medikamente und Kokain konsumiert. Bereits die Weigerung, zu einer einzelnen rechtmäßig angeordneten psychiatrischen Untersuchung zu erscheinen, rechtfertigt die Annahme, dass ein Arzt aus gesundheitlichen Gründen zur Ausübung des ärztlichen Berufes nicht geeignet ist.

bb) Gesundheitliche Eignung nach manischer Episode bei bipolarer affektiver Störung

VG Würzburg, Urteil v. 27.10.2023 - W 7 K 22.488

RID 24-01-115

www.juris.de

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 3; BZRG § 52 I Nr. 4

Das **Ruhen der ärztlichen Approbation** kann angeordnet werden, wenn glaubhafte und schlüssige Hinweise oder jedenfalls plausible tatsächliche Anhaltspunkte vorliegen, die Anlass zu der Annahme geben, dass der Arzt zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit aus **gesundheitlichen Gründen** nicht mehr geeignet ist. Die Unterbringung des Arztes auf der **geschlossenen Station des Krankenhauses für Psychiatrie**, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin für annähernd drei Monate mit der Diagnose einer **manischen Episode bei bipolarer affektiver Störung** begründen solche Zweifel. Ebf.

für das Gesamtbild, das zu Zweifeln an der Gesundheit des Kl. führt, relevant, sind zweitens die zahlreichen strafrechtlichen Ermittlungsverfahren gegen den Kl. und die inzwischen teilweise in Rechtskraft erwachsenen Strafbefehle zu nennen.

c) Zulassung zur zahnheilkundlichen Kenntnisprüfung

VG Freiburg, Beschluss v. 06.12.2023 - 9 K 3559/23

RID 24-01-116

www.juris.de

ZHG § 2 III 2, 7; VwGO § 123 I 2

Leitsatz: Zur **Zulassung zur Kenntnisprüfung** (§ 2 Abs. 3 Satz 3 ZHG) trotz fehlender Bestandskraft des Bescheids über die **Ablehnung der Gleichwertigkeitsfeststellung**.

2. Strafrecht

a) BGH: Anästhesist mit Hepatitis C-Virus-Infektion bei Operation

BGH, Beschluss v. 28.11.2023 - 1 StR 409/23

RID 24-01-117

STGB § 224

LG Augsburg, Urt. v. 30.06.2023 - 3 KLS 200 Js 137689/18 - hat den Angeklagten wegen **gefährlicher Körperverletzung** in 51 Fällen sowie wegen Unterschlagung zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren verurteilt und die Vollstreckung dieser Strafe zur Bewährung ausgesetzt.

Nach den Feststellungen des Landgerichts war der als **Oberarzt der Anästhesie** in einem Krankenhaus tätige Angeklagte selbst mit dem **Hepatitis C-Virus infiziert**. Im Zeitraum von Februar 2017 bis April 2018 hat er in 51 Fällen Patienten bei Operationen unter eklatanter Missachtung geltender Hygienevorschriften mit diesem Hepatitis C-Virus infiziert und bei seiner Tätigkeit diese Infektionen billigend in Kauf genommen.

Die revisionsgerichtliche Überprüfung des Urteils durch den 1. Strafsenat des BGH hat keinen Rechtsfehler zum Nachteil des Angekl. ergeben. Der Senat hat die Revision des Angekl. daher verworfen. Das Urteil des Landgerichts ist damit rechtskräftig.

Vgl. BGH, Mitteilung der Pressestelle Nr. 207/2023, <http://juris.bundesgerichtshof.de>.

b) Anästhesist: Unzureichende Funktionsprüfung des Narkosegeräts

LG Bielefeld, Urteil v. 22.06.2023 - 022 Ns-446 Js 543/19-33/22

RID 24-01-118

www.juris.de

StGB § 222

Ein **Anästhesist** macht sich der **fahrlässigen Tötung** strafbar, wenn er durch Verletzung der ihm als Arzt in Weiterbildung obliegenden Sorgfaltspflichten die Sauerstoffunterversorgung, in deren Folge Hirnschädigung und Tod des Patienten vorhersehbar eintreten, herbeiführt und nicht behebt. Er handelt hierbei objektiv und subjektiv fahrlässig, indem er die allgemein anerkannten Standards in der Anästhesie zur **Funktionsprüfung des Narkosegeräts** und zum Gebot, bei Problemen mit der Beatmung im Zweifelsfall die **Beatmung per Ambu-Beutel** sicherzustellen, verletzt; diese hätte er kennen und einhalten müssen. Die eventuell gegeben gewesene Möglichkeit für die hinzukommenden Ärzte, das Leben des Patienten noch zu retten, lässt die Zurechnung des tödlichen Verlaufs zu dem festgestellten Fehlverhalten des Angeklagten nicht entfallen.

c) Betrug gegenüber der KZV: Allgemeine Strafsache

LG Nürnberg-Fürth, Beschluss v. 04.03.2023 - 18 KLS 111 Js 10215/20

RID 24-01-119

www.juris.de

GVG § 74a I 1 Nr. 6a

Wird einem Zahnarzt **Betrug gegenüber der KZV** zur Last gelegt und erschöpft sich das ihm vorgeworfene betrügerische Vorgehen im Falle seines Nachweises darin, dass **Leistungen** in Ansatz

gebracht worden sein sollen, obwohl sie **nicht erbracht** waren, sind zur Beurteilung dieses Sachverhaltes zwar Kenntnisse der Rechts- und Leistungsbeziehungen zwischen den Beteiligten und des Vergütungs- und Abrechnungssystems der KZV erforderlich, nicht jedoch Spezialkenntnisse über komplizierte, nur schwer zu durchschauende wirtschaftliche Zusammenhänge. Auch für die Ermittlung der verdachtsweisen Schadenshöhe sind besondere Kenntnisse des Wirtschaftslebens nicht erforderlich. Es handelt sich daher um eine **allgemeine Strafsache**, nicht aber um eine Wirtschaftsstrafsache.

d) Unterlassene Informationsweitergabe durch Präsidenten der Landesärztekammer

OLG Saarbrücken, Beschluss v. 04.08.2023 - 1 Ws 28/23

RID 24-01-120

www.juris.de = medstra 2023, 397

StGB §§ 13 I, 212, 223

Das Saarländische Oberlandesgericht hat die Beschwerden der Staatsanwaltschaft und einer Geschädigten gegen die Nichtzulassung der Anklage im Strafverfahren gegen den Präsidenten der Ärztekammer des Saarlandes als unbegründet verworfen.

Die Staatsanwaltschaft Saarbrücken wirft dem Angeschuldigten mit Anklage vom 22. Februar 2022 vor, er habe in seiner Funktion als Präsident der Ärztekammer des Saarlandes in den Jahren 2013 bis 2015 sowie im Zeitraum zwischen Februar und Mai 2018 von einer **Suchterkrankung und Diagnosefehlern des damals niedergelassenen Pathologen Dr. H.** Kenntnis erlangt, ohne das Landesamt für Soziales als **zuständige Approbationsbehörde hiervon zu unterrichten**. Deshalb seien approbationsrechtliche Maßnahmen nicht ergriffen worden. Dr. H. habe in der Folge in den Jahren 2015 bis 2018 aufgrund suchtbedingter Beeinträchtigungen sieben Fehlbefunde zum Nachteil sechs verschiedener Patientinnen und Patienten gestellt. Infolge dessen seien u.a. bei krebserkrankten Patientinnen und Patienten medizinisch notwendige Behandlungen nicht eingeleitet und andererseits bei gesunden Patientinnen und Patienten nicht notwendige Behandlungen und Operationen durchgeführt worden. Dadurch habe der Angeschuldigte sich wegen Unterlassens strafbar gemacht. Die Anklage lautet auf „versuchten Totschlags in zwei Fällen in Tateinheit mit Körperverletzung in sechs Fällen, hiervon eine Körperverletzung mit Todesfolge, zwei schwere Körperverletzungen und zwei gefährliche Körperverletzungen durch Unterlassen, hiervon in vier Fällen in mittelbarer Täterschaft“.

Das **Landgericht Saarbrücken** hat die Zulassung der Anklage und die Eröffnung des Hauptverfahrens aus Rechtsgründen abgelehnt. Es bestehe kein hinreichender Tatverdacht für eine Strafbarkeit wegen Unterlassens. Der Angeschuldigte habe rechtlich nicht dafür einzustehen gehabt, die von der Suchterkrankung des Dr. H. ausgehenden Gefahren für Patientinnen und Patienten zu verhindern.

Der **1. Strafsenat des Saarländischen Oberlandesgerichts** hat die hiergegen gerichteten sofortigen Beschwerden der Staatsanwaltschaft und einer Geschädigten mit Beschluss vom 4. August 2023 als unbegründet verworfen und die Rechtsauffassung des Landgerichts bestätigt.

Medieninfo des OLG v.: 09.08.2023 - https://www.saarland.de/solg/DE/institution/aktuelle-meldungen/pressemitteilungen/2023/pm_03_2023_Nichtzulassung_Beschwerde_Pr%C3%A4s_%C3%84rztekammer.html

3. Berufspflichten

a) BVerfG: Überprüfung der Besorgnis der Befangenheit eines Ärztekammerpräsidenten

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 11.12.2023 - 1 BvR 1188/23

RID 24-01-121

www.juris.de

GG Art. 3 I, 19 IV, 103

Soweit bei der Anwendung des § 2 Abs. 5 BO Rheinland-Pfalz ein Verstoß gegen das Bestimmtheitsgebot des Art. 103 Abs. 2 GG im Raum steht, fehlt es an einer **substantiierten Darlegung** der Rüge. Trotz der Ausführungen der Kammer im Beschl. v. 09.11.2022 zum vorangegangenen Verfassungsbeschwerdeverfahren geht das Berufsgesicht erneut insb. nicht darauf ein, inwiefern die zum materiellen Strafrecht entwickelten Maßstäbe auf die Ahndung berufsrechtlicher Pflichtverletzungen zu übertragen sind. Weiter hat die Bf. nicht dargelegt, dass sie

durch die angegriffene Entscheidung in ihrem Recht aus Art. 3 Abs. 1 GG in seiner Ausprägung als Willkürverbot verletzt wird.

Die Bf. wandte sich gegen eine von der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz mit der Begründung nicht eingehaltener Corona-Auflagen erteilte Rüge und ein ihr auferlegtes Ordnungsgeld in Höhe von 15.000 € sowie den hierzu ergangenen Einspruchsbescheid und den ablehnenden Beschl. des Berufsgerichts für Heilberufe bei dem VG Mainz. BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 09.11.2022 - 1 BvR 2263/21 - RID 23-01-145 wies die Sache an das Berufsgericht zurück. Daraufhin erging **Berufsgericht für Heilberufe bei dem VG Mainz**, Beschl. v. 27.12.2022 - BG-H 3/21.MZ -. Das **BVerfG** nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an.

b) Privatärztliche Zweigpraxis in Geschäftsräumen eines Outdoorhändlers

VGH Hessen, Beschluss v. 02.10.2023 - 25 A 1775/21.B

RID 24-01-122

www.juris.de

HeilBerG Hessen §§ 22, 60 II 1, 71 II

Leitsatz: 1. Auch wenn § 60 Abs. 2 Satz 1 HeilBerG Hessen keine zwingenden Vorgaben über den **Mindestinhalt einer Anschuldigungsschrift** enthält, muss aus Gründen der Rechtsstaatlichkeit die Beschreibung der dem Beschuldigten zur Last gelegten berufsrechtlichen Verfehlungen hinreichend bestimmt sein. Allerdings ist es zulässig, etwaige Unklarheiten durch Auslegung der Anschuldigungsschrift zu überwinden.

2. Für die Frage der **Vereinbarkeit der gewerblichen Tätigkeit einer Ärztin** oder eines Arztes mit § 3 Abs. 1 Satz 2 BO, der die Hergabe des Namens in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise zu gewerblichen Zwecken verbietet, kommt es darauf an, ob nach den konkreten Umständen eine **deutliche Trennung** zwischen der gewerblichen Betätigung und der ärztlichen Tätigkeit vorgenommen worden ist.

Die **Fremdwerbung** einer Ärztin oder eines Arztes ist im Regelfall Ausdruck eines rein geschäftsmäßigen und am Gewinn orientierten Verhaltens.

3. Ein Verstoß gegen § 3 Abs. 1 Satz 3 BO liegt vor, wenn eine Ärztin oder ein Arzt damit rechnen muss, dass von ihrem bzw. seinem Namen **in unlauterer Weise zu gewerblichen Zwecken** Gebrauch gemacht wird, und sie bzw. er nicht alles Zumutbare unternimmt, um eine solche Werbung zu unterbinden.

4. Die in § 19 Abs. 4 BO geforderte **Information** über die in der Praxis tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte in „geeigneter Weise“ setzt voraus, dass die Patientin bzw. der Patient spätestens beim Betreten der Arztpraxis erkennen kann, dass nicht der Praxisinhaber selbst ihn **behandeln** wird, sondern ein dort angestellter Arzt.

c) Berufsrechtlich geschützte Interessen und Meinungsfreiheit

Berufsgericht für Heilberufe Münster, Urteil v. 10.01.2024 - 16 K 978/22.T

RID 24-01-123

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 29 I, 59 I; GG Art. 5 I

Im Rahmen der Abwägung ist den **durch das Berufsrecht geschützten Interessen**, einen hoch stehenden Berufsstand und ein gedeihliches Verhältnis der Ärzteschaft untereinander zu erhalten, Vorrang vor der **Meinungsfreiheit** gegenüber folgenden Äußerungen einzuräumen:

- die ärztlichen Standesvertretungen hätten sich korrumpieren lassen, was erbärmlich sei,
- besonders mitleiderregend sei das Verhalten des E., der aufgrund des auf ihn ausgeübten Drucks hätte zurücktreten müssen,
- es handele sich um einen Faschismus,
- Ärzte, die den Corona-Impfstoff verabreichen würden, dürften sich als würdige Nachfolger Josef Menges sehen.

Das Gewicht des Angriffs auf das **allgemeine Interesse an einer funktionierenden Gesundheitsfürsorge** und hierbei insbesondere auf das im Interesse des Heilwesens zu fordernde **kollegiale Klima** ist als maßlos zu bewerten. So ist es auch in der Rspr. des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte anerkannt, dass bei Staaten - wie der Bundesrepublik Deutschland -, die die Schreckensherrschaft der Nationalsozialisten erlebt haben, im Lichte ihrer **historischen Rolle** und Erfahrung von einer besonderen moralischen Verantwortung ausgegangen werden kann, sich von

den massenhaften **Gräueltaten der Nationalsozialisten zu distanzieren** (vgl. EGMR, Urt. v. 18.10.2018 - 3779/11 - juris Rn. 29).

Dem Berufsvergehen des Beschuldigten kommt eine **erhebliche berufsrechtliche Bedeutung** zu, denn es betrifft den Kernbereich des kollegialen Umgangs.

Unter Abwägung aller maßgeblichen Umstände sieht das Berufsgesicht in der Erteilung eines **Verweises** und der Verhängung einer **Geldbuße** in Höhe von 1.000 € die schuldangemessene und persönlichkeitsgerechte Ahndung des von dem Beschuldigten begangenen Berufsvergehens (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 und 4, Abs. 2 HeilBerG NRW).

4. BSG: Vertrags(zahn)ärztlicher Notdienst und Versicherungspflicht

BSG, Urteil v. 24.10.2023 - B 12 R 9/21 R

RID 24-01-124

www.juris.de

SGB VI § 1 S. 1 Nr. 1; SGB III § 25 I 1; SGB IV § 7 I

Ein Zahnarzt, der sich in die von der KVZ vorgegebene **Organisation des vertragszahnärztlichen Notdienstes eingliedert**, unterliegt aufgrund der Beschäftigung der **Versicherungspflicht** in der gesetzlichen Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung. Die Organisation der KVZ bestand darin, dass sie die Räumlichkeiten anmietete und für die personelle und materielle Ausstattung sorgte. Auf diese Ausstattung war der kl. Zahnarzt angewiesen. Dem Kl. war auch nicht das Recht eingeräumt, nach seinem Ermessen eine (qualifizierte) Vertretung zu organisieren. Vielmehr konnte er nur mit einem anderen, am Notdienst im jeweiligen Quartal teilnehmenden Zahnarzt eine Schicht tauschen. Unternehmerischer Spielraum ergibt sich daraus nicht. Vielmehr erweist sich seine Tätigkeit - abgesehen vom Kernbereich der medizinischen Behandlung - als fremdbestimmt. Auch war der Kl. nicht einem nennenswerten Unternehmerrisiko ausgesetzt. Er erhielt einen festen Lohn für geleistete Einsatzstunden und hatte keinen Verdienstausschlag zu befürchten.

Besonderheiten des Vertrags(zahn)arztrechts rechtfertigen keine abweichende Entscheidung. Selbst wenn die Notdiensttätigkeit aufgrund eines **Verwaltungsakts** erbracht worden wäre, würde allein dadurch eine Beschäftigung nicht ausgeschlossen. Auch für Tätigkeiten im ärztlichen Notdienst bestimmt sich der sozialversicherungsrechtliche Status nach den Gesamtumständen des Einzelfalls. Ungeachtet dessen war der Kl. nach seinen Vereinbarungen mit der Beigel. nicht berechtigt, die von ihm im Notdienst erbrachten Leistungen individuell abzurechnen. Er erhielt eine **feste Stundenvergütung** und war daher nicht - wie ein regelmäßig selbstständiger Vertragszahnarzt - in die Strukturen des Vertragsarztsystems einbezogen.

Vgl. Terminbericht 43/23.

Aus den Gründen:

„(...) c) Dass überhaupt nur die **konkreten Umstände des Einzelfalls** maßgeblich sein können, folgt auch daraus, dass es für die Organisation und Durchführung des vertrags(zahn)ärztlichen Notdienstes im Sinne des § 75 Abs 1b SGB V keine allgemeingültigen Vorgaben, sondern einen weiten Gestaltungsspielraum für die KÄVen und KVZVen gibt (vgl. ua BSG Urteil vom 11.5.2011 - B 6 KA 23/10 R - SozR 4-2500 § 75 Nr 11 RdNr 17 mwN). Es kommen daher unterschiedliche Modelle in Betracht: Einrichtung eines ärztlichen Not- oder Bereitschaftsdienstes (allgemeiner und fachärztlicher Bereitschaftsdienst) zu sprechstundenfreien Zeiten, an dem Vertragsärzte oder hierfür ermächtigte oder kooperierende Ärzte teilnehmen und in ihren Praxen, ggf. durch Hausbesuche, zur Verfügung stehen; Einrichtung eines mobilen Not- oder Bereitschaftsdienstes ("Taxiarzt"); Einrichtung einer durch die KÄV betriebenen Notfallpraxis, in der Vertragsärzte oder hierfür ermächtigte oder kooperierende Ärzte Dienst tun; für Notfallbehandlungen ermächtigte Krankenhäuser; Kooperation mit nicht ermächtigten Krankenhäusern (vgl. Clemens in Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 19 RdNr 75; Hesral in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl. 2020, § 75 RdNr 128, Stand 4.4.2023; Rademacker in BeckOGK-SGB, Stand 1.3.2017, § 75 SGB V RdNr 32). Angesichts dieser Vielfaltigkeit **kann ein einheitlicher sozialversicherungsrechtlicher Erwerbsstatus von den vertrags(zahn)ärztlichen Notdienst wahrnehmenden Ärzten nicht bestimmt werden**.

Randnummer 26

d) Die Argumentation, die Durchführung von Notdiensten sei **Ausfluss der allgemeinen Berufspflichten** von Ärzten, gerade auch und in erster Linie **von selbstständig tätigen Ärzten**, sodass die Organisation des Notdienstes durch die jeweiligen Träger nicht zur Einrichtung eines "Betriebs" im arbeitsrechtlichen Sinne führe und die Träger des Notdienstes nicht zu Arbeitgebern und die den Notdienst durchführenden Ärzte nicht zu deren Arbeitnehmern würden (so auch Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, § 75 SGB V RdNr 39), vermag eine andere Beurteilung nicht zu rechtfertigen. Diese Auffassung knüpft vorrangig an eine Organisation des Notdienstes "in erster Linie von selbstständig tätigen Ärzten" an und bezieht sich daher im Wesentlichen auf zum Notdienst herangezogene niedergelassene Ärzte mit eigener Praxis. Ein solches Modell ist hier nicht zu beurteilen. Zwar bewirkt die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen KÄV wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist (§ 95 Abs 3 Satz 1 SGB V idF des Vertragsarztsrechtsänderungsgesetzes vom 22.12.2006, BGBl I 3439). Der Kläger hat den Notdienst wahrgenommen, ohne dass er bereits wegen einer Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung unmittelbar durch § 2 Abs 1 NDO hierzu

verpflichtet gewesen wäre. Daher kann **hier offenbleiben, ob die Teilnahme am Notdienst durch einen niedergelassenen Vertrags(zahn)arzt als notwendiger Bestandteil einer selbstständigen Tätigkeit angesehen werden müsste**. Auch ist nicht zu entscheiden, ob das in diesem Zusammenhang herangezogene Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 20.4.2016 (L 4 R 318/14 - juris) mit den später getroffenen Urteilen des Senats zu sogenannten Honorarärzten, insbesondere zu dem bereits genannten Urteil zum Bereitschaftsarzt in einer Geriatrischen Rehabilitationsklinik (BSG Urteil vom 4.6.2019 - B 12 R 2/18 R - SozR 4-2400 § 7 Nr 40) vereinbar ist.

Randnummer27

e) Die Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung kann auch deshalb nicht als allgemeingültiges, die Beschäftigung ausschließendes Kriterium herangezogen werden, weil sich das vorliegend von der Beigeladenen praktizierte **Notdienstmodell mit einer Vergütung nach einem festen Stundensatz vom allgemeinen Vergütungssystem der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung mit einer Vergütung der individuell erbrachten Leistungen erheblich unterscheidet** (zur grundsätzlichen Vergütung im Notdienst auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes <EBM> vgl Rademacker in BeckOGK-SGB, Stand 1.3.2017, § 75 SGB V RdNr 53). Dabei kann dahingestellt bleiben, inwieweit die vorliegend praktizierte feste Stundenvergütung mit § 8 NDO in Einklang steht. Danach rechnet ein im Rahmen des zahnärztlichen Notfalldienstes tätiger Zahnarzt, der nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnimmt, im Falle der Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten über die für seinen Praxisort zuständige Bezirksdirektion der KZV ab. Soweit ersichtlich wird die Vergütung nach einem festen Stundensatz auch nicht einheitlich praktiziert. Unter anderem erhalten sogenannte Poolärzte, soweit sie keine Vertragsärzte sind, für die Vergütung ihrer im vertragsärztlichen Notdienst erbrachten Leistungen eine eigene Abrechnungsnummer. Gleichzeitig wird auf das Honorar eines Poolarztes ein Verwaltungskostenbeitrag erhoben (vgl § 4 des Musterentwurfs einer Kooperationsvereinbarung der KÄV Bayerns).

Randnummer28

f) Schließlich weicht das vorliegend praktizierte Modell der Beigeladenen noch in einem weiteren Punkt von der allgemeinen vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ab. Gemäß § 106 Abs 1 Satz 1 SGB V (idF des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.7.2015, BGBl I 1211) überwachen ua die KÄV die **Wirtschaftlichkeit** der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. Wie diesem für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung prägenden Element im vorliegenden Fall einer festen Stundenvergütung Rechnung getragen wird, kann offenbleiben. Jedenfalls zeigen sich auch insoweit die Besonderheiten des vorliegend praktizierten Modells, die einer pauschalen Heranziehung allgemeiner Grundsätze des Vertrags(zahn)arztrechts entgegenstehen. (...).“

5. Weiterbildung

a) Vollzeitpräsenz eines verantwortlichen Weiterbilders an der Weiterbildungsstätte

VG München, Urteil v. 26.10.2023 - M 27 K 21.6223

RID 24-01-125

www.juris.de

HKG Bayern §§ 31 I, 33 I

Für eine zielführende Weiterbildung ist auch die Möglichkeit einer Überwachung durch den Weiterbilder zu verlangen, also die Möglichkeit, Arbeitsschritte und Arbeitsergebnisse des Assistenzarztes zu kontrollieren. Um diese Möglichkeit zu gewährleisten, ist grundsätzlich eine **Vollzeitpräsenz eines verantwortlichen Weiterbilders an der Weiterbildungsstätte** erforderlich.

b) Verlängerung der Weiterbildungszeit zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Geriatrie

VG Köln, Urteil v. 16.10.2023 - 6 K 6144/22

RID 24-01-126

www.juris.de

WBO § 14 V

Ein **Selbststudium** zur Schließung von Wissenslücken ist nicht mindestens gleichsam effektiv wie die **Verlängerung der Weiterbildungszeit** um 12 Monate (hier: Facharzt für Allgemeinmedizin zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Geriatrie), um festgestellte Mängel zu begegnen, wenn ausweislich des Prüfungsbescheides der Arzt erhebliche Lücken im Bereich des **Basiswissens** zeigt, das in der täglichen geriatrischen Praxis eine fundamentale Bedeutung hat.

6. Sitzbindungsklausel bei Arztpraxen

LG Kaiserslautern, Beschluss v. 25.11.2022 - 2 O 712/22

RID 24-01-127

<https://christmann-law.de/neuigkeiten-mainmenu-66/1343> = ZMGR 2023, 332

SGB V §§ 95, 103; BGB § 138 I

Leitsatz (christmann-law.de): Eine Klausel in einem **Gesellschaftsvertrag** einer Gemeinschaftspraxis, wonach ein Vertragsarztsitz beim Ausscheiden eines Arztes (Gesellschafter) in der Gesellschaft

verbleibt und er an der Nachbesetzung der Zulassung mitwirken muss (sog. **Sitzbindungsklausel**), ist **wirksam**, wenn kein Wettbewerbsverbot besteht und der ausscheidende Arzt Anspruch auf eine Abfindung hat. Dies gilt auch dann, wenn der ausscheidende Arzt 20 Jahre in der Gemeinschaftspraxis tätig war.

7. Keine Nichtigkeit eines Testaments zugunsten eines behandelnden Arztes

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 21.12.2023 - 21 W 91/23

RID 24-01-128

BGB § 134; GG Art. 14; BO-Ä Hessen § 32

Leitsatz: 1. Ein Verstoß gegen § 32 BO-Ä führt nicht zur **Nichtigkeit eines Testaments** zugunsten des behandelnden Arztes.

2. Zwar stellen die Regelungen in den §§ 30 ff. der Berufsordnungen der Ärztekammern Verbotsgesetze i.S.d. § 134 BGB dar. Ein Verstoß des Arztes führt jedoch nicht zur Unwirksamkeit einer offenen Testierung eines Dritten, da dies eine unverhältnismäßige Einschränkung einer **Testierfreiheit** begründen würde.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Zeitraum zw. Aufklärung und Einwilligung/Operationserweiterung, andere Operationsmethode

BGH, Urteil v. 21.11.2023 - VI ZR 380/22

RID 24-01-129

www.juris.de

BGB §§ 630d II, 630e I, II 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BGB sieht keine vor der **Einwilligung** einzuhaltende „Sperrfrist“ vor, deren Nichteinhaltung zur Unwirksamkeit der Einwilligung führen würde; die Bestimmung enthält kein Erfordernis, wonach zwischen Aufklärung und Einwilligung ein bestimmter **Zeitraum** liegen müsste (Bestätigung Senatsurteil vom 20. Dezember 2022 - VI ZR 375/21, BGHZ 236, 42 Rn. 16, 18).

2. Der Patient muss vor chirurgischen Eingriffen, bei denen der Arzt die ernsthafte Möglichkeit einer **Operationserweiterung** oder den Wechsel in eine **andere Operationsmethode** in Betracht ziehen muss, hierüber und über die damit ggf. verbundenen besonderen Risiken **aufgeklärt** werden.

b) Indizwert der Dokumentation gegenüber zur Haftung herangezogener Mitbehandler

BGH, Urteil v. 05.12.2023 - VI ZR 108/21

RID 24-01-130

www.juris.de

BGB §§ 630h, 823; ZPO § 286 I

Leitsatz: 1. Einer ordnungsgemäßen, zeitnah erstellten **Dokumentation in Papierform**, die keinen Anhalt für Veränderungen, Verfälschungen oder Widersprüchlichkeiten bietet, kommt zugunsten der Behandlungsseite **Indizwirkung** zu, die im Rahmen der freien tatrichterlichen Beweiswürdigung nach § 286 Abs. 1 ZPO zu berücksichtigen ist.

2. In die **Beweiswürdigung** sind alle vom Beweisgegner vorgebrachten Gesichtspunkte einzubeziehen. Der Beweisgegner muss nicht die inhaltliche Richtigkeit der Dokumentation widerlegen. Ihm obliegt nicht der Beweis des Gegenteils. Vielmehr genügt es, wenn er Umstände dartut, die **bleibende Zweifel** daran begründen, dass das Dokumentierte der Wahrheit entspricht, das Beweisergebnis also keine Überzeugung im Sinne von § 286 ZPO rechtfertigt. So verhält es sich insbesondere, wenn der Beweisgegner Umstände aufzeigt, die den Indizwert - die abstrakte Beweiskraft - der Dokumentation in Frage stellen.

3. An dem erforderlichen **Indizwert der Dokumentation fehlt es** dann, wenn der Dokumentierende Umstände in der Patientenakte festgehalten hat, die sich zu Lasten des im konkreten Fall in Anspruch genommenen **Mitbehandlers (Beweisgegners)** auswirken, und nicht ausgeschlossen werden kann,

dass dies aus eigenem Interesse an einer Vermeidung oder Verringerung der eigenen Haftung erfolgt ist.

c) Sturzrisiko im Krankenhaus/Übergehen eines erheblichen Beweisantrags

BGH, Beschluss v. 14.11.2023 - VI ZR 244/21

RID 24-01-131

www.juris.de

BGB §§ 280 I, 823 I; ZPO § 544 IX

Leitsatz: 1. Dem Krankenhausträger obliegen vertragliche **Pflichten zum Schutz** der körperlichen Unversehrtheit der stationär aufgenommenen Patienten. Er hat die notwendigen und zumutbaren Vorkehrungen zu treffen, um zu verhindern, dass sich ein auf Grund der konkreten Situation für den Patienten bestehendes **Sturzrisiko** verwirklicht.

2. Zur **Verletzung rechtlichen Gehörs** durch Übergehen eines erheblichen **Beweisantrags** (hier: Bestimmung des medizinischen und des Pflegestandards).

d) Verwertbarkeit des Gutachtens nach Ablehnung des Sachverständigen

BGH, Urteil v. 05.12.2023 - VI ZR 34/22

RID 24-01-132

www.juris.de

ZPO § 412 II

Leitsatz: 1. Gemäß § 412 Abs. 2 ZPO kann das Gericht die Begutachtung durch einen **anderen Sachverständigen** anordnen, wenn ein Sachverständiger nach Erstattung des Gutachtens mit Erfolg **abgelehnt** ist. In diesem Fall darf ungeachtet des Wortlauts des § 412 Abs. 2 ZPO („kann“) das Gutachten des abgelehnten Sachverständigen grundsätzlich nicht mehr verwertet werden.

2. Die erfolgreiche **Ablehnung des Sachverständigen** steht der **Verwertbarkeit seines Gutachtens** jedenfalls dann nicht entgegen, wenn die Partei, die sich auf die Befangenheit des Sachverständigen beruft, den Ablehnungsgrund in rechtsmissbräuchlicher Weise provoziert hat und gleichzeitig kein Anlass zu der Besorgnis besteht, dass die Unvoreingenommenheit des Sachverständigen schon bei Erstellung seiner bisherigen Gutachten beeinträchtigt gewesen ist (Anschluss BGH, Beschluss vom 26. April 2007 - VII ZB 18/06, NJW RR 2007, 1293).

2. Behandlungsfehler

a) Abgrenzung zwischen Befunderhebungsfehler und Diagnoseirrtum

OLG Dresden, Urteil v. 07.11.2023 - 4 U 675/23

RID 24-01-133

www.juris.de

BGB § 630h V

Leitsatz: 1. Für die Abgrenzung zwischen **Befunderhebungsfehler** und **Diagnoseirrtum** kommt es darauf an, ob es im Kern um die Nichterhebung oder die Fehlinterpretation von Befunden geht.

2. Die **hinreichende Wahrscheinlichkeit**, dass ein nicht erhobener Befund ein reaktionspflichtiges Ergebnis erbracht hätte, erfordert einen Wahrscheinlichkeitsgrad von mehr als 50 %.

b) Diagnoseirrtum/Differentialdiagnose (Verdacht auf Sinusitis bei Pneumokokkenmeningitis/Sepsis)

OLG Rostock, Urteil v. 16.12.2022 - 5 U 9/18

RID 24-01-134

BGB §§ 280 I, 611, 823 I

Leitsatz: 1. Hat der Arzt erhobene oder sonst vorliegende **Befunde falsch interpretiert** und deshalb nicht die aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs gebotenen - therapeutischen oder diagnostischen - Maßnahmen ergriffen, liegt ein **Diagnoseirrtum** vor (Anschluss an: BGH, Urteil vom 21.12.2010 - VI ZR 284/09, juris).

2. Haben aufgetretene Symptome mehrere Ursachen, muss ein Arzt seine zunächst gestellte **Verdachtsdiagnose** kritisch **überprüfen** und bei Anhaltspunkten für deren Unrichtigkeit

weitergehende diagnostische Maßnahmen veranlassen. Bei Vorliegen mehrerer Diagnosemöglichkeiten, die alternativ als Erklärung für die vorliegenden Symptome oder Befunde in Betracht zu ziehen sind (**Differentialdiagnose**), ist regelmäßig die gefährlichere Diagnose erst auszuschließen, bevor weniger gefährliche Erkrankungen verifiziert oder ausgeschlossen werden.

3. Hier: Ursprünglicher Verdacht auf **Sinusitis** bei Vorliegen einer **Pneumokokkenmeningitis** sowie einer **Sepsis**.

Parallelverfahren:

OLG Rostock, Urteil v. 16.12.2022 - 5 U 8/18

RID 24-01-135

www.juris.de

**c) Unterlassen der Erhebung weiterer Befunde nach Diagnoseirrtum
(Geburtsschädigung)**

OLG München, Urteil v. 22.06.2023 - 24 U 2058/22

RID 24-01-136

www.juris.de

BGB §§ 630a II, 630h V

Leitsatz: 1. Ein ärztlicher Behandlungsfehler kann auch an die **fehlerhafte Befundung** einer diagnostischen Maßnahme angeknüpft werden, deren Vornahme nach dem medizinischen Standard **nicht zwingend erforderlich** gewesen wäre (hier: CTG).

2. Zur Abgrenzung eines **Befunderhebungsfehlers** von einem **Diagnoseirrtum**.

3. Beruht das **Unterlassen der Erhebung weiterer Befunde** darauf, dass der Arzt vorliegende Befunde falsch bewertet hat (Diagnoseirrtum), so ist die Bewertung des Unterlassens als eigenständiger Befunderhebungsfehler jedenfalls dann nicht ausgeschlossen, wenn der zugrunde liegende **Diagnoseirrtum fundamental**, also grob behandlungsfehlerhaft war; der fundamentale Diagnoseirrtum entfaltet keine Sperrwirkung mit Blick auf die Annahme eines Befunderhebungsfehlers.

**d) Behandlungsfehler durch Hilfspersonal (Unterlassene Blutzuckermessung bei
Neugeborenem)**

OLG München, Urteil v. 03.11.2023 - 24 U 1194/20

RID 24-01-137

www.juris.de

BGB § 630h V

Leitsatz: Zur Geltung der **Beweiserleichterungen** zugunsten des Patienten bei grobem **Behandlungsfehler durch medizinisches Hilfspersonal**.

Zur Beweiserleichterung bei einem **einfachen Befunderhebungsfehler** (§ 630h Abs. 5 Satz 2 BGB).

Dem Grundsatz der **fachgleichen Begutachtung** steht es nicht entgegen, die Tätigkeit einer medizinischen Hilfsperson durch einen ärztlichen Sachverständigen des einschlägigen Fachgebiets begutachten zu lassen.

e) Dokumentationspflicht/Unterlassen zeitgerechter Benachrichtigung des Facharztes

OLG Rostock, Urteil v. 03.02.2023 - 5 U 1/14

RID 24-01-138

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZA 4/23 -

www.juris.de

BGB §§ 280 I, 611, 823 I, II; StGB § 229; HebBO MV § 5 I

Leitsatz: 1. Die medizinische **Dokumentationspflicht** erfordert nicht, Routinemaßnahmen und jeden einzelnen therapeutischen oder diagnostischen Schritt festzuhalten, insbesondere dann nicht, wenn es sich um einen technisch notwendigen und aus ärztlicher Sicht selbstverständlichen Bestandteil einer bestimmten klinischen Methode handelt. Ebenso wenig sind Negativbefunde zu dokumentieren, es sei denn, es besteht hierfür ausnahmsweise ein konkreter Anlass, etwa, wenn ärztlicherseits von vornherein ein bestehender Verdacht auszuräumen war.

2. Umstände und Tatsachen, deren Aufzeichnung und Aufbewahrung für die **weitere Behandlung** des Patienten rein medizinisch **nicht erforderlich** sind, sind auch aus Rechtsgründen nicht zu dokumentieren, so dass aus dem Unterbleiben derartiger Aufzeichnungen keine beweisrechtlichen

Folgerungen gezogen werden dürfen (Anschluss an BGH, Urteil vom 6. Juli 1999 - VI ZR 290/98, Rn. 13, juris).

3. Eine Unterlassung, hier der **zeitgerechten Benachrichtigung des Facharztes**, ist nur dann für den **Schaden kausal**, wenn pflichtgemäßes Handeln den Eintritt des Schadens verhindert hätte (Anschluss an BGH, Urteil vom 07.02.2012 - VI ZR 63/11, Rn. 10, juris).

f) Ärztliche Dokumentation (Morbus Cushing)/Überweisung an Facharzt

OLG Brandenburg, Urteil v. 09.11.2023 - 12 U 147/22

RID 24-01-139

www.juris.de

BGB §§ 253, 280, 630a ff., 823

Dem Beklagten ist weder ein für die Entwicklung und Behandlung der Erkrankung der Kl. mit **Morbus Cushing** kausaler **Befunderhebungsfehler** noch ein Behandlungsfehler in Bezug auf eine fehlerhafte Aufklärung vorzuwerfen.

Aufzuzeichnen sind nur die für ärztliche Diagnose und die Therapie wesentlichen medizinischen Fakten in einer für den Fall hinreichend klaren Form. Die **ärztliche Dokumentation** dient vor allem therapeutischen Belangen. Maßnahmen sind nur dann in den Krankenunterlagen zu dokumentieren, wenn dies erforderlich ist, um Ärzte und Pflegepersonal über den Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung im Hinblick auf medizinische Entscheidungen ausreichend zu informieren. Inhalt und Umfang der ärztlichen Dokumentationspflicht richten sich indes nicht danach, wie am besten Beweise für einen späteren Arzthaftungsprozess zu sichern sind. Regelmäßig ist der Arzt auch nicht gehalten, detailgetreu an jeder Stelle festzuhalten, dass er sämtliche in Betracht kommenden Fehler und Versäumnisse vermieden hat. Unabhängig davon besteht die Pflicht zur Dokumentation der Aufklärung regelmäßig nur dann, wenn der Patient sich für den Arzt erkennbar weigert, dem Rat zu folgen (OLG Braunschweig, Urt. v. 18.11.2021 - 9 U 67/18 - juris Rn. 108, RID 22-04-173).

Kann eine **Hausärztin** nach dem Arztbrief davon ausgehen, dass der **Facharzt** die **weitere Behandlung übernommen hat**, dann ist sie aus der entsprechenden eigenen Behandlung entlassen und darf sich - jedenfalls im allgemeinen - darauf verlassen, dass der Facharzt die Patientin weiter richtig behandelt und berät. Anders ist es nur dann, wenn die Hausärztin ohne besondere weitere Untersuchungen aufgrund der bei ihr vorauszusetzenden Kenntnisse und Erfahrungen erkennt oder erkennen muss, dass ernste Zweifel an der Richtigkeit der Behandlung bestehen.

g) Fachspezifische Dokumentation während einer Operation (Chirurg/Anästhesist)

OLG Karlsruhe, Urteil v. 06.09.2023 - 7 U 2/22

RID 24-01-140

www.juris.de

BGB § 630a

Leitsatz: Dokumentationspflicht unterschiedlicher **Fachrichtungen** während einer Operation (hier Dokumentation der Gabe von Blutkonserven durch die Anästhesie).

h) Umfang der Abklärung von Unfallfolgen

OLG Dresden, Beschluss v. 17.11.2023 - 4 U 1081/23

RID 24-01-141

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.

Leitsatz: Der nach einem Glatteisunfall aufgesuchte Arzt ist ohne eine entsprechende **Schmerzäußerung** des Patienten nicht verpflichtet, nach **Unfallfolgen** außerhalb des unmittelbar betroffenen Gelenkbereichs (hier: Schulterverletzung bei angegebener Knieprellung) zu fahnden.

i) Reichweite des Primärschadens/Beweis mangelnder Ursächlichkeit

OLG Oldenburg, Urteil v. 07.02.2024 - 5 U 33/23

RID 24-01-142

www.juris.de
BGB § 630h V

Leitsatz: 1. Der haftungsrechtliche **Primärschaden** besteht nicht nur in der Fortdauer des krankhaften Zustands, der Anlass für die inkriminierte Behandlung gegeben hat (hier: Gefäßenge infolge einer Vaskulitis), sondern umfasst auch die **zeitlich folgende nächste organische Schädigung** (hier: Untergang von Nervenzellen als Folge der Gefäßenge), so dass sich die **Beweislastumkehr** auch auf diesen Schaden erstreckt.

2. Der nach § 630h Abs. 5 BGB der Behandlerseite obliegende **Beweis mangelnder Ursächlichkeit** ist erst dann geführt, wenn sich die Kausalität als allenfalls theoretischer Zusammenhang darstellt und nicht im Sinne einer realen Möglichkeit greifbar ist.

j) Medizinische Richt- und Leitlinien/Schadenskausalität/Beweisvereitelung

OLG München, Urteil v. 25.01.2024 - 24 U 2706/19

RID 24-01-143

www.juris.de
BGB §§ 249, 251, 253, 278, 280, 823 I

Leitsatz: 1. Zur Bedeutung medizinischer **Richt- und Leitlinien** für die Bestimmung des **medizinischen Standards**.

2. Nachweis der **Schadenskausalität** eines ärztlichen Behandlungsfehlers im Wege des Ausschlussverfahrens.

3. Nicht zwingend veranlasstes zweimaliges **Hantieren an einem Narkosegerät** nach einer Behandlung, während derer es zu einer Sauerstoffunterversorgung der Patientin gekommen war, als **Beweisvereitelung**.

k) Horizontale Arbeitsteilung/Indikation einer Chemotherapie bei hormonrezeptor-positivem Tumor

OLG Rostock, Urteil v. 24.11.2023 - 5 U 69/21

RID 24-01-144

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

Leitsatz: 1. Zu den Grundsätzen der **horizontalen Arbeitsteilung**, wenn eine Patientin bei beginnender Chemotherapie mit der Bitte um Kontrolle des Blutbildes in eine Klinik überwiesen wird.

2. Zur Indikation einer **Chemotherapie** bei einem hormonrezeptor-positiven Tumor.

3. Zur Höhe des **Schmerzensgeldes**, wenn eine Patientin ihren eigenen körperlichen Verfall unter widrigen Bedingungen bewusst miterleben musste.

4. Zu den Voraussetzungen einer standesgemäßen **Beerdigung** i.S.v. § 844 Abs. 1 BGB.

5. Zu gemäß § 249 BGB auszugleichenden Vermögensnachteilen gehören auch **Gutachterkosten**, wenn die Begutachtung zur Geltendmachung des Schadensersatzanspruchs erforderlich und zweckmäßig ist (Anschluss an: BGH, Urteil vom 19. Juli 2016 - VI ZR 491/15, juris, Rn. 10).

3. Aufklärung

a) Aufklärung über Behandlungsalternativen

OLG Dresden, Urteil v. 09.01.2024 - 4 U 2225/22

RID 24-01-145

www.juris.de
BGB §§ 195, 630a

Leitsatz: 1. Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten erfordert die **Aufklärung** über **Behandlungsalternativen** nur dann, wenn Alternativen gleichermaßen indiziert und üblich sind und zwischen diesen wesentliche Unterschiede bestehen.

2. Die erhöhte Gefahr, dass bei einem **minimalinvasiven Verfahren** (hier: zur Retinakulumspaltung) im Verhältnis zu „offenen“ Verfahren die Operation nur vollständig gelingt, was wiederum die Gefahr einer erheblichen Zustandsverschlechterung in sich birgt, erfordert eine **Alternativaufklärung** über unterschiedliche Möglichkeiten der Schnittführung.
3. Der Beweis, dass die infolge der Operation aufgetretenen Beschwerden auch **bei Anwendung einer Alternativmethode** aufgetreten wären, steht zur **Beweislast** der Behandlungsseite. Der Patient muss demgegenüber beweisen, dass die geltend gemachten Schäden auf der durchgeführten Operation beruhen.
4. Wird ein Anspruch auf die unterbliebene Aufklärung über Behandlungsalternativen gestützt, beginnt die **Verjährung** erst zu laufen, wenn der Patient Kenntnis über derartige Alternativen hat oder hätte haben müssen.

b) Behandlungsalternativen/Dringlichkeit einer Behandlung

OLG München, Urteil v. 20.01.2022 - 24 U 5154/20

RID 24-01-146

www.juris.de

BGB §§ 630e I 3, 630c II 1

- Leitsatz:** 1. Ärztliche Methodenfreiheit und Pflicht zur Aufklärung über **Behandlungsalternativen** (§ 630e Abs. 1 Satz 3 BGB; hier: verschiedene Techniken zur Durchführung der Spondylodese; konservative Behandlungsmethoden als Alternative zur Operation).
2. Die Aufklärung über die **Dringlichkeit einer Behandlung** betrifft den Aspekt der therapeutischen oder Sicherungsaufklärung (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB) und damit die Frage nicht eines Aufklärungs-, sondern eines **Behandlungsfehlers** (vgl. BGH, Urteil vom 27. April 2021 - VI ZR 84/19 - juris Rn. 11).

c) Medizinische Verlaufsaufklärung/Einwilligung am Operationstag

OLOG Dresden, Beschluss v. 10.11.2023 - 4 U 906/23

RID 24-01-147

www.juris.de

BGB § 630e

- Leitsatz:** 1. Auch die **medizinische Verlaufsaufklärung** muss nur „im Großen und Ganzen“ erfolgen. Die Darlegung einzelner Schritte einer Operation zählt hierzu regelmäßig ebenso wenig wie die Größe einer vorgesehenen Prothese.
2. Bestehen keine Anhaltspunkte, dass der Patient zu einer **Einwilligung** gedrängt wurde und infolgedessen innerlich nicht mehr frei entscheiden konnte, kann auch eine Einwilligung noch **am Operationstag** rechtzeitig sein.

d) Operation eines „Hallux valgus“: Keine Aufklärung über Alternativverfahren

OLG Dresden, Beschluss v. 14.12.2023 - 4 U 1170/23

RID 24-01-148

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.

- Leitsatz:** 1. Für die Operation eines „Hallux valgus“ bestehen mehrere, im Wesentlichen **gleichwertige Operationsverfahren**, einen „Goldstandard“ gibt es nicht. Entscheidet sich ein Arzt für eines dieser Verfahren, muss er daher den Patienten nicht über **Alternativverfahren aufklären**.
2. Der pauschale Vorwurf, eine bei einer solchen Operation eingesetzte Platte habe nicht den **hygienischen Standards** entsprochen, löst keine gesteigerte Darlegungslast der Behandlungsseite aus.

e) Aufrechnung gegen Honorarforderung: Aufklärung über Behandlungsalternative

OLG Dresden, Beschluss v. 04.01.2024 - 4 U 1279/23

RID 24-01-149

www.juris.de
BGB § 630a

Leitsatz: Rechnet der Patient gegen die Honorarforderung eines Behandlers mit Schmerzensgeldansprüchen wegen der unterbliebenen Aufklärung über Behandlungsalternativen auf, muss er einen durch die Behandlung eingetretenen **Schaden darlegen**; dass die Einwilligung in die Behandlung bei **unterbliebener Aufklärung** über eine **ernsthafte Behandlungsalternative** unwirksam wäre, reicht für eine Zahlungsverweigerung nicht aus.

f) Unkenntnis über ein bestehendes Risiko

OLG Dresden, Beschluss v. 01.11.2023 - 4 U 1238/23

RID 24-01-150

www.juris.de
BGB §§ 630a ff.

Leitsatz: Ist ein bestehendes **Risiko** dem aufklärenden Arzt **nicht bekannt** und musste es ihm auch nicht bekannt sein, kommt eine Haftung wegen der Verletzung von Aufklärungspflichten nicht in Betracht.

g) Hormonspirale: Kyleena-Spirale

LG Bielefeld, Urteil v. 27.10.2023 - 4 O 166/21

RID 24-01-151

www.juris.de
BGB § 630e

Die **Beweislast**, dass die Einlage der Kyleena-Spirale von ihrem grundsätzlichen Einverständnis mit der Einlage einer Spirale ausgenommen war, trifft nach allgemeinen Grundsätzen die kl. Patientin, die sich auf die Beschränkung ihrer Einwilligung beruft.

Soweit bei einer Hormonspirale wie der **Kyleena-Spirale** noch **weitere Risiken** wie Depressionen oder Stimmungsschwankungen bestehen könnten, so sind diese nach den Bekundungen des Sachverständigen auch bis heute nicht ausreichend wissenschaftlich erwiesen, weshalb eine Aufklärung hierüber nicht erforderlich war. Im Jahr 2019 gab es weiter noch nicht einmal erste Hinweise auf solch mögliche Folgen.

h) Zahnärztliche Behandlung: Versuch einer Wurzelspitzenresektion

LG München II, Urteil v. 01.03.2023 - 1 O 227/21 Hei

RID 24-01-152

www.juris.de
BGB § 630e

Leitsatz: Auf denkbare **schwere und sehr seltene Folgen** der eingriffstypischen Risiken ist ein Patient im Rahmen der **Eingriffsaufklärung** dann hinzuweisen, wenn Behandlungsalternativen existieren oder eine erhöhte Komplikationsrate droht. Die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen müssen mit ihren Chancen und Risiken so dargestellt und dem gewählten Vorgehen gegenübergestellt werden, dass der Patient die wesentlichen Kriterien für die Entscheidung zwischen den in Betracht kommenden Vorgehensweisen erfasst. Im Einzelfall kann auch eine vertiefte Darstellung der Risiken der in Betracht kommenden Methoden erforderlich sein. Dabei verhält sich der Umfang der geschuldeten **Alternativaufklärung** umgekehrt proportional zu Dringlichkeit und zu den Heilungsaussichten des Eingriffs.

4. Sachverständige

a) Facharztstandard: Neurochirurgische Ambulanz und kardiologische Symptomatik

OLG Karlsruhe, Urteil v. 22.11.2023 - 7 U 87/22

RID 24-01-153

www.juris.de
BGB § 630a

Leitsatz: Die Behauptung des Klägers, in einer **neurochirurgischen Ambulanz** seien in Zusammenhang mit einer **kardiologischen Symptomatik** Behandlungsfehler unterlaufen, bemisst sich nach dem neurochirurgischen Facharztstandard und ist durch einen Sachverständigen des Fachgebiets der Neurochirurgie zu beurteilen.

b) Besorgnis der Befangenheit: Bewertung des Vortrags einer Partei als „Unsinn“

OLG Dresden, Beschluss v. 11.12.2023 - 4 W 772/23

RID 24-01-154

www.juris.de
ZPO §§ 42, 406

Leitsatz: Die Bewertung des Vortrags einer Partei als „Unsinn“ durch einen gerichtlichen Sachverständigen rechtfertigt nur dann die **Besorgnis der Befangenheit**, wenn auch im **Gesamtkontext** der Begutachtung für eine verständige Partei die Schlussfolgerung naheliegt, dass dieser aufgrund einer vorgefassten Meinung von vornherein nicht bereit ist, ihr Vorbringen überhaupt in Erwägung zu ziehen.

5. Selbstständiges Beweisverfahren: Keine Beurteilung des Nutzens

OLG Zweibrücken, Beschluss v. 24.01.2023 - 5 W 29/22

RID 24-01-155

www.juris.de
BGB §§ 630a, 823; ZPO §§ 485, 487, 492

Auch wenn die beantragte Beweiserhebung sich in einem späteren Hauptsacheverfahren als ganz oder teilweise **nutzlos** herausstellen könnte, ist dies zu beurteilen im selbstständigen Beweisverfahren jedoch grundsätzlich - solange sich das Beweisverfahren, wie hier nicht, von vornherein offensichtlich und ohne jeden Zweifel als völlig nutzlos darstellt - nicht **Aufgabe des Gerichts**, vielmehr handelt es sich hierbei um ein bewusstes Risiko der Antragsteller, ebenso wie dasjenige, sich später möglicherweise der Kostenfolge aus § 96 ZPO ausgesetzt zu sehen.

6. Anwaltshaftung/Berufungsverfahren: Erstinstanzliche Feststellung eines Parteivorbringens als unstreitig

OLG Dresden, Urteil v. 12.12.2023 - 4 U 867/23

RID 24-01-156

www.juris.de
BGB §§ 195, 199, 280; ZPO § 320

Leitsatz: 1. Der **Verjährungsbeginn** gegen einen **anwaltlichen Berater** beginnt erst zu dem Zeitpunkt, zu dem der Mandant aus den ihm bekannten Umständen den Schluss auf einen Schadensersatzanspruch zieht oder hätte ziehen können.

2. Hat der Mandant sich für die Durchführung des **Berufungsverfahrens** entschieden, ist die **verspätete Begründung** auch dann ein anwaltlicher Fehler, wenn der Mandant eine zugesagte Zuarbeit verspätet erbringt.

3. Die **Feststellung eines Parteivorbringens als unstreitig** in den Entscheidungsgründen eines Urteiles ist für das **Berufungsverfahren** zugrunde zu legen, wenn ein Berichtigungsantrag nicht gestellt wurde.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 17.02.2024. 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				
Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ab 01.01.2012	B 6 KA 7/23 R (alt: B 6 KA 35/17 R) B 6 KA 6/23 R (alt: B 6 KA 37/17 R)	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22.9.2015 zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab 1.1.2012 nach dem stattgebenden Kammerbeschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 20.3.2023 - 1 BvR 669/18, 1 BvR 732/18 - RID 23-02-37.	SG Marburg , Urt. v. 22.03.2017 - S 11 KA 8/15 - - S 11 KA 26/15 -	17-03-1 17-03-3
Aufschlag auf Zusatzpauschale zu Nr. 04000 und 04030 EBM: Jobsharing-BAG	B 6 KA 8/23 R B 6 KA 9/23 R	Ist ein im Rahmen eines Jobsharings zugelassener Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft bei der Prüfung der Zuschlagsvoraussetzungen der Gebührenordnungsposition 04040 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs mit zu berücksichtigen?	LSG Hessen , Urt. v. 22.03.2022 - L 4 KA 6/20 - - L 4 KA 7/20 -	23-03-3 juris
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie: RLV und Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	B 6 KA 3/22 R	Ist der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt, wenn in einem Honorarvertrag betreffend das Regelleistungsvolumen innerhalb der Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht nach Ärzten differenziert wird, die an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 BMV-Ä) teilnehmen und solchen, die nicht daran teilnehmen?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 09.02.2022 - L 7 KA 10/18 -	22-03-01
Zeitgebundene neuropsychologische Leistungen und höhere Praxiskosten (Quartal II/13)	B 6 KA 1/22 R	Folgt aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 zur Höherbewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), dass neuropsychologische Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30931 und 30932 EBM ebenfalls höher bewertet werden müssen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.06.2021 - L 11 KA 69/18 -	22-01-11
Kosten für Telematikinfrastruktur	B 6 KA 24/22 R	Zur Frage des Umfangs der Kostenerstattung zur Finanzierung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V (alte Fassung vom 21.12.2015, jetzt § 378 SGB V).	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.10.2022 - L 5 KA 107/21 -	23-01-6
Notdienstvergütung: Nachträgliche Berücksichtigung des Investitionskostenabschlages	B 6 KA 2/23 R	Verstößt es gegen den Grundsatz des Verbots der reformatio in peius, wenn die Nachvergütung für ambulante Notfalleleistungen eines Klinikums im Widerspruchsverfahren um den zuvor versehentlich nicht berücksichtigten Investitionskostenabschlag (§ 120 Absatz 3 Satz 2 SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2015) auf das Gesamthonorar gekürzt wird?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 21.12.2022 - L 7 KA 52/19 -	23-01-5
Arzt-/Psychotherapeutenregister				
Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht				
Pflicht zur Anbindung an Telematikinfrastruktur	B 6 KA 23/22 R	Verstößt die den Vertragsärzten auferlegte Pflicht zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur beziehungsweise die Sanktionierung der Nichtanbindung durch Honorarkürzung gegen höherrangiges Recht?	SG Mainz , Urt. v. 27.07.2022 - S 3 KA 84/20 -	23-01-8
Heranziehung von Privatärzten zum KV-Notdienst (KV Hessen)	B 6 KA 18/22 R B 6 KA 19/22 R	Ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ermächtigt, eine Beitragsheranziehung zu Lasten von Privatärzten (im Rahmen einer verpflichtenden Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst) zu normieren?	LSG Hessen , Urt. v. 27.07.2022 - L 4 KA 19/22 - - L 4 KA 20/22 -	23-01-16 23-01-14

	B 6 KA 4/23 R		v. 25.01.2023 - L 4 KA 17/22 -	23-02-20
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Fremdanamnese	B 6 KA 25/22 R		LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.10.2022 - L 5 KA 3703/21 -	23-01-10
Fehlende Unterschrift des ärztlichen Leiters eines MVZ in der Abrechnungs-Sammelerklärung	B 6 KA 15/22 R	Kann ein Honorarverteilungsmaßstab regeln, dass die für die Abrechnung erforderlichen Erklärungen bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) von dessen ärztlichen Leiter zu unterschreiben sind?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 01.09.2021 - L 11 KA 49/17 -	22-02-4 NZB
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Differenzbetragsregelung	B 6 KA 5/23 R	Findet die Differenzbetragsregelung des § 106b Absatz 2a SGB V auch auf Nachforderungen wegen unzulässiger Verordnungen von Arzneimitteln Anwendung?	LSG Bayern , Urt. v. 08.02.2023 - L 12 KA 31/22 -	23-03-22
Zulassung und Ermächtigung				
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)?	LSG Bayern , Urt. v. 14.09.2022 - L 12 KA 36/21 -	23-03-31 NZB
Mündliche Verhandlung vor Berufungsausschuss/ Ermächtigung Psychotherapie-Ausbildungsstätte nach § 117 Abs. 3a SGB V	B 6 KA 3/23 R	Ist die Durchführung einer mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsausschuss auch in den nicht ausdrücklich in § 37 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV genannten Fällen obligatorisch, wenn die Angelegenheit für den Antragsteller von überragender wirtschaftlicher Bedeutung ist? Zur erforderlichen Bedarfsprüfung bei der Ermächtigung einer Ambulanz an einer nach § 117 Absatz 3a SGB V.	SG Magdeburg , Urt. v. 18.01.2023 - S 1 KA 244/21 -	23-03-33
Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung				
Schiedsspruch: Differenzbetragsregelung des § 106b Abs. 2a SGB V	B 6 KA 10/23 R	Findet die Differenzbetragsregelung des § 106b Absatz 2a SGB V auch auf Nachforderungen wegen unzulässiger Verordnungen Anwendung? Hier zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruches des Bundesschiedsamtes nach § 89 Absatz 2 SGB V.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 26.04.2023 - L 7 KA 19/22 KL -	23-03-37
Hausarztzentrierte Versorgung: Fehlerhafte Abrechnung des Arztes	B 6 KA 1/23 R	Kann die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz nach den in ihrem Bezirk geltenden Regelungen von der Krankenkasse die Vergütung der im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung erbrachten Leistungen verlangen, wenn diese Leistungen aufgrund eines fehlerhaften Abrechnungsverhaltens des Vertragsarztes nicht oder nicht allein innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der Krankenkasse, sondern innerhalb der vertragsärztlichen Regelversorgung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet wurden?	SG Mainz , Urt. v. 07.09.2022 - S 7 KA 36/19 -	23-02-29

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 17.02.2024. 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				
Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung	B 1 KR 36/22 R	Handelt es sich bei einer Erkrankung, die unbehandelt innerhalb von zwei Jahren zum Tode führt, um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung im Sinne des § 2 Absatz 1a SGB V?	LSG Bayern , Urt. v. 16.02.2022 - L 12 KR 685/19 -	23-01-60 NZB
Lipoproteinapheresetherapie: Votum der Apherese-Kommission	B 1 KR 40/22 R	Unter welchen Voraussetzungen darf eine Krankenkasse bezüglich der Versorgung mit einer Lipidapheresetherapie im Einzelfall vom Votum der beratenden Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung (sogenannte Apherese-Kommission) gemäß Anlage 1 Nummer 1 § 6 der "Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung" abweichen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 15.11.2022 - L 16/4 KR 536/19 -	23-01-39
Kryokonservierung der Eizellen vor Inkrafttreten der Kryo-RL	B 1 KR 21/23 R	Muss die gesetzliche Krankenversicherung schon ab Inkrafttreten von § 27a Absatz 4 SGB V am 11.5.2019 die Kosten für Kryokonservierungsleistungen übernehmen oder erst für solche, die ab Inkrafttreten der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie“ am 20.2.2021 erbracht wurden?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 02.08.2022 - L 11 KR 3078/20 -	23-04-29 NZB
Kryokonservierung nach geschlechtsangleichender Behandlung	B 1 KR 28/23 R	Besteht ein Anspruch auf Kryokonservierung von Samenzellen gemäß § 27a Absatz 4 Satz 1 SGB V zur Ermöglichung einer späteren Kinderwunschbehandlung, wenn die Zeugungsunfähigkeit infolge einer geschlechtsangleichenden Behandlung eintritt?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 11.10.2023 - L 4 KR 291/23 -	
Kostenerstattung				
Kostenerstattungsanspruch (§ 13 Abs. 2 SGB V) nach Tod des Versicherten	B 1 KR 39/22 R	Handelt es sich bei dem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 2 SGB V um eine laufende Geldleistung? Kann der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 2 SGB V auch dann auf den Sonderrechtsnachfolger oder den Erben übergehen, wenn der Anspruch im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten weder festgestellt noch ein Verwaltungsverfahren über ihn anhängig?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.11.2022 - L 11 KR 1645/20 -	23-01-56
Stationäre Behandlung				
	B 1 KR 10/23 R	Zur Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen nach Erlass der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Versicherte mit einem BMI > 44 kg/m ² einen Anspruch gemäß § 137c Absatz 3 SGB V auf Versorgung mit einer stationären Liposuktion als Potentialleistung haben kann.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.01.2023 - L 5 KR 345/19 -	23-02-53
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
Cannabis: Vertragsärztliche Verordnung	B 1 KR 24/22 R	Muss eine vertragsärztliche Verordnung von Cannabis bereits im Antragsverfahren vorliegen, um die formalen Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zu erfüllen? Zum Anspruch Versicherter auf Versorgung mit Cannabis durch die Krankenkassen nach vertragsärztlicher Einschätzung.	LSG Bayern , Urt. v. 24.03.2022 - L 4 KR 669/19 -	23-03-61

Hilfsmittel/Heilmittel				
Verknüpfung von Hilfsmittel und Behandlungsmethode	B 3 KR 12/23 R	Zur Verknüpfung von Hilfsmittel und Behandlungsmethode.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 01.06.2023 - L 4 KR 330/22 -	
Rollstuhlzuggerät	B 3 KR 13/22 R	Zur Frage der Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung mit einem elektrischen Rollstuhlzuggerät.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 13.12.2021 - L 4 KR 526/20 -	23-02-67 NZB
Rollstuhlzuggerät mit elektrisch unterstütztem Handkurbelantrieb	B 3 KR 14/23 R	Zum Anspruch eines Versicherten auf Versorgung mit einem Rollstuhlzuggerät mit elektrisch unterstütztem Handkurbelantrieb.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 05.10.2023 - L 5 KR 149/22 -	24-01-64
Therapiedreirad mit Elektromotor	B 3 KR 7/23 R	Zur Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung für eine Erwachsene mit einem durch Elektromotor unterstützten Therapiedreirad.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 23.08.2022 - L 4 KR 170/20 -	23-04-39 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.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 22.05.2023 - L 4 KR 297/21 -	24-01-65
Dekubitus-Matratze	B 3 KR 17/22 R	Zur Frage der Hilfsmittelleigenschaft einer Dekubitus-Matratze zum Behinderungsausgleich.	LSG Sachsen , Urt. v. 09.09.2021 - L 9 KR 333/19 -	23-01-69
Hochbrechende Kunststoffgläser	B 3 KR 16/22 R	Besteht ein Anspruch eines Kindes auf Versorgung mit Brillengläsern auch bei Nichtvorliegen von Indikationen nach der Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 07.04.2022 - L 5 KR 174/21 -	23-01-62 NZB
Hörgerät: Unterschied von 5%-Punkten bei Störschall	B 3 KR 13/23 R	Hörgerät: Unterschied von 5%-Punkten bei Störschall Handelt es sich unter Anwendung des sogenannten Freiburger Sprachtests im freien Schallfeld bei einem Messunterschied von 5%-Punkten und im Störschall bei einem Messunterschied von bis zu 5%-Punkten zwischen zuzahlungspflichtigen und zuzahlungsfreien Hörgeräten um einen wesentlichen Gebrauchsvorteil oder um eine Messtoleranz?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 18.01.2023 - L 4 KR 219/22 -	23-04-41

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Fahrkosten

Stufenweise Wiedereingliederung in Erwerbsleben	B 1 KR 4/23 R B 1 KR 7/23 R	Handelt es sich bei einer stufenweisen Wiedereingliederung Versicherter in das Erwerbsleben im Sinne des § 74 SGB V um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit der Rechtsfolge, dass Krankenkassen die damit verbundenen Reisekosten gemäß § 60 Absatz 5 SGB V zu übernehmen haben?	LSG Sachsen , Urt. v. 21.09.2022 - L 1 KR 340/21 - - L 1 KR 365/20 -	23-02-76 23-02-75
---	--------------------------------	--	--	----------------------

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Stationäre Behandlung bei vierstündiger Behandlung: Vorhalt einer Sectiobereitschaft	B 1 KR 37/22 R	Liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn aufgrund einer Sectiobereitschaft sowohl räumliche als auch personelle Ressourcen für rund vier Stunden freigehalten werden?	LSG Hamburg , Urt. v. 22.09.2022 - L 1 KR 77/21 -	23-01-78
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.	LSG Hamburg , Urt. v. 15.12.2021 - L 1 KR 55/21 -	24-01-75 NZB
Erstuntersuchung als vorstationäre Behandlung	B 1 KR 12/23 R	Ist eine landesvertragliche Regelung, in der die Abrechnung einer Erstuntersuchung im Krankenhaus ohne Einweisungsverordnung wie eine vorstationäre Behandlung erlaubt	LSG Hamburg , Urt. v. 23.03.2023	23-03-77

		wird (hier: § 4 Absatz 6 Satz 3 des Hamburger Krankenhausvertrags), von der Regelungskompetenz der Vertragspartner nach § 112 Absatz 1 SGB V erfasst?	- L 1 KR 107/22 -	
Aufklärungspflicht bei Operationen/Präklusion	B 1 KR 6/23 R	Liegt eine Verletzung der Aufklärungspflicht des Krankenhauses als Erfordernis des Wirtschaftlichkeitsgebots bei sogenannten Gelegenheitsoperationen vor, wenn der Arzt erst intraoperativ die erweiternde Behandlungsentscheidung trifft und der Patient zuvor hierüber nicht aufgeklärt wurde (hier: Sichtung und Verschluss eines offenen Foramen ovale (PFO) mittels Direktnaht während eines Herzklappeneingriffs)? Schließt § 8 Satz 3 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) 2014 den Einwand der Aufklärungspflichtverletzung aus, wenn zwar Nebendiagnose und OPS unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit Gegenstand des Prüfverfahrens waren, der sich hierauf beziehende Einwand der Aufklärungspflichtverletzung jedoch erst im Klageverfahren benannt wird?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 18.01.2023 - L 4 KR 308/21 -	23-02-83
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)?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 12.10.2023 - L 6 KR 75/21 -	24-01-77
Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten	B 1 KR 3/23 R	Gilt der für Krankenhausabrechnungen entwickelte Grundsatz des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens auch für ambulante Behandlungsalternativen?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 27.09.2022 - L 10 KR 30/18 -	23-01-79
Fälligkeit und vorherige Prüfung der Rechnung	B 1 KR 1/23 R	Ist eine Krankenkasse berechtigt, die Vergütung für eine Krankenhausbehandlung bei Zweifeln an der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung trotz Ablaufs einer landesvertraglichen Zahlungsfrist zu kürzen und lediglich einen Teilbetrag zu begleichen, weil die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs rückwirkend aufgrund nach Ablauf der Zahlungsfrist nachträglich substantiierter Einwendungen entfällt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 01.09.2022 - L 16 KR 746/20 -	23-01-103
Zahlungspflicht der Krankenkasse auch bei Einwänden	B 1 KR 17/22 R	Kann eine nach dem Landesvertrag gemäß § 112 Absatz 1 SGB V zur unverzüglichen Zahlung der Krankenhausvergütung verpflichtete Krankenkasse die Zahlung mit der Begründung verweigern, eine noch nicht abgeschlossene Prüfung könnte ergeben, dass die erbrachte Leistung nicht erforderlich oder unwirtschaftlich gewesen sei? Erledigt sich der Rechtsstreit um die Vergütung eines Krankenhauses, wenn die Krankenkasse den strittigen Rechnungsbetrag im Laufe des gerichtlichen Verfahrens unter Vorbehalt zahlt und den Vergütungsanspruch nach wie vor bestreitet?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 16.02.2022 - L 16 KR 251/21 -	22-04-81
Ausschlussfrist zur Rückzahlung von geleisteten Vergütungen	B 1 KR 5/23 R	Ist die Geltendmachung von Ansprüchen einer gesetzlichen Krankenkasse auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen gegenüber einem Krankenhaus, welche vor dem 1.1.2017 entstanden sind und bis zum 9.11.2018 nicht gerichtlich geltend gemacht wurden, gemäß § 325 SGB V (in der vom 1.1.2019 bis 19.10.2020 geltenden Fassung vom 11.12.2018) ausgeschlossen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 18.01.2023 - L 10 KR 173/22 KH -	23-02-86
Zahlung unter Vorbehalt/Erledigung des Rechtsstreits	B 1 KR 2/23 R	Erledigt sich der Rechtsstreit um die Vergütung eines Krankenhauses, wenn die Krankenkasse den strittigen Rechnungsbetrag im Laufe des gerichtlichen Verfahrens unter Vorbehalt zahlt und den Vergütungsanspruch nach wie vor bestreitet? Kommt es im Rahmen einer Fortsetzungsfeststellungsklage auf die Begründetheit der ursprünglichen Klage an, wenn der Kläger - nach vorbehaltlicher Zahlung der Klageforderung durch den Beklagten - ausdrücklich nur die Feststellung des Eintritts eines erledigenden Ereignisses und damit die Erledigung des Rechtsstreits begehrt?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 21.12.2022 - L 4 KR 180/21 -	23-02-119

Fibrinogen-Mangel keine erworbene Afibrinogenämie	B 1 KR 33/23 R	Setzt die Mitteilung des Erstattungsanspruchs gemäß § 8 Satz 1 Prüfverfahrensvereinbarung 2016 voraus, dass der Erstattungsanspruch von der Krankenkasse konkret beziffert werden muss? Ist die Nebendiagnose D65.0 (Erworbene Afibrinogenämie) bei einem erworbenen Fibrinogenmangel zu kodieren?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 17.05.2022 - L 16 KR 522/21 -	24-01-90
Vergütungsanspruch nach Verlegung	B 1 KR 29/22 R B 1 KR 27/23 R	Verliert ein Krankenhaus der Maximalversorgung seinen Vergütungsanspruch ganz oder teilweise durch die Verlegung eines Patienten zur Weiterbehandlung in ein wohnortnahes Krankenhaus einer niedrigeren Versorgungsstufe ohne medizinische Notwendigkeit?	LSG Sachsen , Urt. v. 25.06.2022 - L 1 KR 246/19 -	22-04-110
Verlegungsabschlag: Vollstationäre Behandlung nach teilstationärer Dialysebehandlung	B 1 KR 27/23 R	Findet § 3 Absatz 2 FPV auf die Vergütung der Behandlung eines Patienten Anwendung, der aus einer über einen längeren Zeitraum in einem Krankenhaus mehrmals wöchentlich für jeweils weniger als 24 Stunden stattfindenden teilstationären Dialysebehandlung in eine vollstationäre Krankenhausbehandlung eines anderen Krankenhauses verlegt wird?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 16.02.2022 - L 10 KR 208/21 KH -	22-02-100 NZB
Begründung der gem. § 301 SGB V übermittelten Daten	B 1 KR 34/22 R	Hat das Krankenhaus bei bariatrischen Operationen nach § 301 SGB V eine besondere Begründung der stationären Durchführung der Leistung zu übermitteln?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 16.02.2022 - L 10 KR 385/21 KH -	22-04-89
Kodierung eines Dekubitus	B 1 KR 41/22 R	Kann die Kodierung eines Dekubitus (ICD-10-GM 2016 Nummer L89) in Zusammenhang mit einem diabetischen Fußsyndrom (ICD-10-GM 2016 Nummer E11.75) erfolgen, wenn keine Anhaltspunkte bestehen, dass der Hautschaden durch Druck entstanden ist?	LSG Hamburg , Urt. v. 22.09.2022 - L 1 KR 29/21 -	23-01-109
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 Notfallmaßnahmen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause ...)" im OPS 8-981.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 15.08.2023 - L 16 KR 346/21 -	23-04-59
Intensivmedizinische Komplexbehandlung - Behandlungsleitung durch Intensivmediziner	B 1 KR 20/23 R	Liegt die zur Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung von OPS (2015) 8-980 verlangte Behandlungsleitung nur vor, wenn ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" auch an Wochenenden und Feiertagen täglich persönlich im Krankenhaus anwesend ist?	LSG Sachsen , Urt. v. 14.06.2023 - L 1 KR 539/20 -	23-04-57
Durchführung einer Bronchoskopie	B 1 KR 29/23 R	Ist die Durchführung einer Bronchoskopie unter Verwendung eines mit Metallschlingen verstärkten und damit lumenstarken Schlauches (Bronchoflex Tubus), durch den ein flexibles Bronchoskop in die Luftröhre geführt wird, nach dem OPS-Kode 1-620.00 (Diagnostische Tracheobronchoskopie mit flexiblem Instrument) oder 1-620.10 (Diagnostische Tracheobronchoskopie mit starrem Instrument) zu kodieren?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.10.2022 - L 4 KR 35/21 -	
Übergangsvereinbarung und Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen	B 1 KR 18/23 R	Sind die in der am 10.12.2019 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Übergangsvereinbarung zur "Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V	SG Nürnberg , Urt. v. 29.03.2023 - S 2 KR 326/22 -	23-04-52

		(Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG vom 3.2.2016" enthaltenen Regelungen zur Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen mit § 109 Absatz 6 Satz 1 SGB V vereinbar?		
Vergütung: Aufwandspauschale	B 1 KR 32/22 R	Sind die §§ 109 Absatz 5 SGB V und 325 SGB V in der Fassung vom 11.12.2018 auf Aufwandspauschalen entsprechend anzuwenden?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 24.08.2022 - L 5 KR 166/20 -	22-04-126
Aufwandspauschale: Verjährungsfrist	B 1 KR 13/23	Zur Frage der anwendbaren Verjährungsfrist auf den Anspruch auf eine Aufwandspauschale gemäß § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V in der Fassung vom 17.3.2009.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 23.05.2023 - L 5 KR 188/22 -	23-03-111
Aufwandspauschale: Verjährungsbeginn	B 1 KR 23/23 R B 1 KR 24/23 R	Welcher Zeitpunkt ist für den Beginn der Verjährung des Anspruchs auf die Zahlung der Aufwandspauschale gemäß § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V in der bis 31.12.2019 geltenden Fassung beziehungsweise gemäß § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V in der ab dem 1.1.2020 geltenden Fassung maßgeblich?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 24.08.2023 - L 5 KR 179/22 - - L 5 KR 49/23 -	23-04-71 23-04-70
GBA: Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern	B 1 KR 25/23 R	Ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V wirksam?	LSG Berlin-Brandenburg , 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 22.11.2023 - L 16 KR 426/20 KL -	24-01-95
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL	B 1 KR 14/23 R B 1 KR 15/23 R B 1 KR 16/23 R B 1 KR 17/23 R B 1 KR 19/23 R B 1 KR 26/23 R	Verstößt die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL gegen höherrangiges Recht?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 14.03.2023 - L 4 KR 1/21 KL - - L 4 KR 2/21 KL - - L 4 KR 154/20 KL - - L 4 KR 3/21 KL - - L 4 KR 436/21 KL - v. 15.06.2023 - L 4 KR 92/23 KL -	23-04-68 23-04-69 23-04-65 23-04-67 23-04-66 24-01-96
Festlegung von pflegesensitiven Bereichen	B 1 KR 3/24 R	Ist die pauschalierte, fachabteilungsbezogene Festlegung von pflegesensitiven Bereichen nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 PpUGV in der ab dem 14.11.2020 geltenden 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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 13.12.2023 - L 5 KR 3223/22 -	24-01-94
Insolventer Krankenhausträger: Gerichtlichen Geltendmachung einer Vergütungsforderung	B 1 KR 1/24 R B 1 KR 2/24 R	Umfasst bei der Eigenverwaltung eines insolventen Krankenhausträgers die Befugnis des Sachwalters zur Anfechtung von Rechtshandlungen gemäß § 280 InsO auch die gerichtliche Geltendmachung einer (unstreitigen) Vergütungsforderung gegen eine Krankenkasse unter Berufung auf die Unzulässigkeit der von dieser hiergegen erklärten Aufrechnung mit einer anderen Forderung gemäß § 96 Absatz 1 Nummer 3 InsO? Handelt es sich bei der gerichtlichen Geltendmachung einer Vergütungsforderung des Krankenhauses unter Berufung auf die Unwirksamkeit der von der Krankenkasse hiergegen erklärten Aufrechnung mit einer anderen Forderung gemäß § 96 Absatz 1 Nummer 3 InsO um einen Rechtsstreit, „der die Insolvenzanfechtung zum Gegenstand hat“ und deshalb nach § 259 Absatz 3 InsO vom Verwalter auch nach Aufhebung des	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 18.01.2023 - L 4 KR 139/21 - Urt. v. 27.04.2023 - L 16 KR 514/20 -	

		Insolvenzverfahrens fortgeführt werden kann?		
Erstattungsanspruch der im Erörterungsverfahren angefallenen Rechtsanwaltskosten	B 1 KR 32/23 R	Hat ein Krankenhaus Anspruch gegen die Krankenkasse auf Erstattung der Rechtsanwaltskosten, die in einem Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b KHG entstanden sind?	SG Nürnberg , Urt. v. 13.09.2023 - S 18 KR 8/23 -	24-01-85
Ambulante Versorgung				
Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller				
Informationspflichten einer Apotheke gegenüber Krankenkasse	B 3 KR 14/22 R Termin: 22.02.2024	Zum Bestehen von Informationspflichten einer Apotheke gegenüber der Krankenkasse als vertragliche Nebenpflicht.	LSG Bayern , Urt. v. 16.11.2021 - L 5 KR 591/19 -	22-01-153 NZB
Rezepturzuschlag für die Herstellung zytostatikahaltiger parenteraler Lösungen	B 3 KR 21/22 R	Fällt der Rezepturzuschlag für die Herstellung einer "applikationsfertigen Einheit" nach dem Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen (sogenannte Hilfstaxe; Fassung vom 1.3.2012 beziehungsweise 1.9.2014) auch dann nur einmal an, wenn die verordnete Gesamtmenge des Zytostatikums an einem Tag in zwei Spritzen aufgeteilt wird?	LSG Thüringen , Urt. v. 10.03.2022 - L 6 KR 1224/18 -	23-01-124 NZB
Exklusivwirkung: Parenterale Zubereitungen	B 3 KR 8/23 R	Haben Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln nach § 129 Absatz 5 Satz 3 SGB V (in der Fassung bis 12.5.2017) eine die Leistungserbringung durch andere Apotheken ausschließende Exklusivwirkung?	LSG Sachsen , Urt. v. 13.07.2022 - L 1 KR 208/21 -	23-03-115 NZB
	B 3 KR 9/23 R	Haben Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln nach § 129 Absatz 5 Satz 3 SGB V (idF bis 12.5.2017 sowie der Übergangsregelung bis 31.8.2017) eine die Leistungserbringung durch andere Apotheken ausschließende Exklusivwirkung?	LSG Sachsen , Urt. v. 13.07.2022 - L 1 KR 209/21 -	23-03-114 NZB
Retaxierung bei verschiedenen Regelungen zur Ermittlung des Abgabepreises	B 3 KR 11/23 R	Zur Retaxierung der Vergütung von Arzneimittelabgaben einer Apotheke durch die Krankenkasse bei verschiedenen Regelungen zur Ermittlung des Abgabepreises (tatsächlicher Einkaufspreis, Listeneinkaufspreis).	Baden-Württemberg , Urt. v. 23.11.2022 - - L 5 KR 3774/19 -	23-04-74
Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen	B 3 KR 5/23 R	Zum Aufruf zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuer Wirkstoffkombination nach Zulassungserweiterung.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 26.04.2023 - L 9 KR 26/21 KL -	23-03-120
Verfolgung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen	B 3 KR 6/23 R	Zur Frage, ob es sich bei dem klagenden Verband um eine für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgebliche Spitzenorganisation handelt, welcher gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 12.05.2023 - L 28 KR 368/20 KL -	23-03-122
Obligatorische Nutzenbewertung: Neue Wirkung eines bekannten Wirkstoffes (Ivermectin)	B 3 KR 22/22 R	Ist eine obligatorische Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 1 SGB V durchzuführen, wenn ein neu zugelassenes Arzneimittel auf einer neuen Wirkung eines bekannten Wirkstoffes beruht?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 09.11.2022 - L 1 KR 438/20 KL ZVW -	23-01-125
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
Krankentransport an anderen Standort des Klinikums	B 3 KR 15/22 R Termin: 22.02.2024	Hat eine Krankenkasse die Kosten von Krankentransportleistungen als Fahrten bei stationären Behandlungen zu übernehmen, wenn Patienten an eine andere Betriebsstelle des Krankenhauses verbracht wurden, weil nur dort die notwendige personelle und	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 27.07.2022 - L 5 KR 522/22 -	22-04-129

		medizinisch-technische Ausstattung vorgehalten wurde, um die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen ergreifen zu können?		
Häusl. Krankenpflege: Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge	B 3 KR 12/22 R Termin: 22.02.2024	Zur Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge über häusliche Krankenpflege bei gesellschaftsrechtlichen Änderungen.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 09.12.2021 - L 4 KR 478/17 -	23-02-124 NZB

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

GBA

Sonstiges