

Rechtsprechungsinformationsdienst 24-03

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Keine RLV-Zuschläge für Jobsharing-Ärzte	7
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	7
1. Gestaltungsmissbrauch: Standortbezogene Anstellung auch an weiterem Standort	8
2. Leistungen eines MVZ ohne einen (zahn-)ärztlichen Leiter	8
3. Keine Verlängerung des Nachweiszeitraums für die Fortbildung	9
4. Konsumtion einer Leistung (intermittierende Propofol-Bolusapplikation)	9
5. Quantitative Bestimmungen von Troponin	10
6. Keine Anfechtung eines an anderen BGB-Gesellschafter gerichteten Bescheids	10
7. Grundlage der Vollstreckung eines Regresses von Honorarkorrekturen	10
III. Genehmigung	11
1. Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen	11
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	11
1. Einzelfallprüfung psychotherap. Gespräch: Kein Vorrang von antragspflichtigen Psychotherapien	11
2. Verordnung von Cannabisblüten ohne Genehmigung der Krankenkasse/Differenzkostenregelung	12
3. Entscheidung über Antrag auf Verhandlungen zum Abschluss einer Richtgrößenvereinbarung	12
4. Kein Vorverfahren bei Feststellung eines „sonstigen Schadens“	12
5. Sprechstundenbedarf Anästhesie: Ondansetron/Vidisc	13
6. Maßgeblichkeit der im streitgegenständlichen Zeitraum gültigen Parodontose-Richtlinie	14
V. Zulassungsrecht	14
1. Veraltete „Mietoptionsbestätigung“ unzureichend für Angabe einer Praxisanschrift	14
2. Sonderbedarfszulassung	15
a) Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ mit Weiterbildungszeit von 24 Monaten	15
b) Erbringung ausschließlich schlafmedizinischer Leistungen	16
c) Strahlenschutzrechtliche Personalvorgaben begründen keinen Sonderbedarf	17
3. Anstellung	17
a) Keine Genehmigung einer Anstellung ohne eigenen vertragsärztlichen Status	17
b) Keine Anstellung neben vollem Versorgungsauftrag	18
c) Nachbesetzung einer Arztstelle im MVZ: Dieselbe Arztgruppe	18
4. Häftige Zulassungsentziehung: Zur Verfügung stehen am Vertragspsychotherapeutensitz	18
VI. Gesamtvergütung/Vergütung von Hochschulambulanzen	20
1. Vergütung von Hochschulambulanzen: Grundsatz der Beitragssatzstabilität (Schiedsstelle)	20
VII. Bundessozialgericht (BSG)	20
1. Zeitgebundene neuropsychologische Leistungen	20
2. Keine gerichtliche Überprüfung bestandskräftiger Honorarbescheide	20
3. Kostenbeteiligung von niedergelassenen Privatärzten am KV-Notdienst (KV Hessen)	21
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	22
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	22
1. Akupunkturbehandlung mit Reizstrom	22
2. Ambulante orthomolekulare Therapie	22
3. CO ₂ -Lasertherapie zur Behandlung der Vulva und Vagina	22
4. Keine Kryokonservierung wegen Transition von Mann zu Frau	23
5. Nadelepilation zur Entfernung von Barthaaren im Gesicht bei nichtärztlichem Leistungserbringer	23
6. Zahnersatz: Begrenzung der Leistungen	23

II. Stationäre Behandlung	24
1. Postbariatrische Wiederherstellungsoperation: Umfang der Hautveränderungen	24
2. Primärindikation für bariatrische Operation: Gewicht	24
3. Hautstraffung an Brust, Bauch und Oberschenkel	24
III. Kostenerstattung	24
1. Genehmigungsfiktion	25
a) Weiterhin eigenständiger Anspruch auf Versorgung mit Naturalleistung (Entgegen BSG-Rspr.)	25
b) Keine Kostenerstattung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	25
2. Systemversagen: Keine Benennung eines zugelassenen Leistungserbringers (Kryokonservierung)	25
3. Vorfestlegung auf Krankenbehandlung bei nicht zugelassenem Leistungserbringer	25
4. Stationäre psychosomatische Leistungen: Fehlende Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse	26
5. Lücke im Sachleistungssystem: Nachweis über Kontaktierung von vertragsärztlichen Behandlern	26
6. Akute Blinddarmoperation in türkischer Privatklinik	27
7. Knie-TEP-Operation in der Schweiz	27
8. Kosten nur bei ordnungsgemäßer Rechnung	27
IV. Arzneimittel	27
1. Versorgung mit medizinischem Cannabis zur Behandlung von Schmerzen	28
2. Avastin (Bevacizumab)	28
V. Hilfsmittel	28
1. Weiterer Aktivrollstuhl ohne Elektroantrieb	30
2. Neuromodulationsanzug Exopulse Mollie Suit	30
a) Kein Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich	30
b) Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich	31
3. Computergesteuertes und motorunterstütztes Exoskelett	31
4. Aufstehbett (Aufrichtbett)	31
5. Hörgeräteversorgung	31
a) Gebrauchsvorteil bei 10% besserem Sprachverstehen im Freiburger Sprachtest	31
b) Objektivierbarer Gebrauchsvorteil von 5% im Sprachverstehen unerheblich	32
c) Unbegründeter Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung	32
6. Orthopädische Maßschuhe	32
7. Propriozeptive Einlagen in Sonderanfertigung und Behandlungskonzept	32
8. UV-Schutzkleidung	33
9. Mit einem Gebäude fest verbundener Plattformlift: Pflegehilfsmittel	33
10. Inkontinenzhilfen (Windeln bzw. Windelhosen)	33
VI. Heilmittel	34
1. Genehmigung einer langfristigen Therapie in Form von manueller Therapie	34
VII. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten	34
1. Anspruch auf Schulbegleitung bei Diabetes	34
2. Leistungen der außerklinischen Intensivpflege	34
a) Umfang außerklinischer Intensivpflege bei Tracheostoma	34
b) Übernahme bzw. Erstattung der Kosten für selbstbeschaffte und beschäftigte Pflegekräfte	34
3. Haushaltshilfe: Zuständiger Leistungsträger/Rückwirkende Feststellung des Pflegegrades	35
4. Rehabilitation	35
a) Stationäre Rehabilitationsmaßnahme: Orthopädische anstatt geriatrische Maßnahme	35
b) Medizinische Rehabilitation im EU-Ausland	35
VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern	36
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	38
a) Beweislast für stationären Aufenthalt	38
b) Stationäre Reha-Notfallbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Reha-Platz	38
c) Stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen als Notfall	38
d) Erforderlichkeit einer Rehabilitations- anstatt Krankenhausbehandlung	39
e) Nichterfüllung von Anforderungen einer Qualitätssicherungsrichtlinie	39
f) Informationspflicht bei einer nicht regelhaft ambulant zu erbringenden Leistung	39
g) Aufrechnung	39
aa) Aufrechnungsverbot beseitigt Aufrechnungsregel des § 10 S. 1 PrüfV 2016	39
bb) Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen	40
h) Behandlungskosten eines Strafgefangenen nach Entweichen aus dem offenen Vollzug	41
i) Kein Ausschluss aus der obligatorischen Anschlussversicherung durch Krankenkasse	41
j) Neubegründung eines bereits erloschenen Schuldverhältnisses	41
2. Prüfvereinbarung	41

a) Keine Präklusionswirkung bei Ersetzung der Hauptdiagnose durch Nebendiagnose	41
b) Keine zweite Korrektur durch Nachkodierung der Nebendiagnosen	42
c) Prüfauftrag: Kodierte Nebendiagnosen	42
d) Frist nach Übermittlung der Prüfanzeige	42
e) Verspätete Übersendung: Keine Zuständigkeit eines regionalen MDK	43
f) Bezifferung des Erstattungsanspruches	43
3. Fallpauschalen	43
a) Abschlag bei kürzerer Verweildauer als die untere Grenzverweildauer	43
b) Intensivmedizinische Versorgung	43
c) Aufwändige intensiv-medizinische Komplexbehandlung	44
d) Kodierung von Beatmungsstunden	44
e) Protrahierte Geburt: 18-stündige regelmäßige Wehentätigkeit	44
f) Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) ohne herzchirurgische Abteilung	45
g) Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation	45
h) Abgrenzung zwischen intraoperativen Leistungen und präoperativen Laborleistungen	46
4. Mindestmengenregelung	46
a) Vorausgegangenes Kalenderjahr/Unbillige Härte	46
b) Anhebung der Mindestmenge: Behandlung von Früh- und Reifgeborenen	46
c) Auseinandersetzung mit wesentlichem Vorbringen des Krankenhauses erforderlich	47
d) Zusammengefasste Widerlegungsentscheidungen/Anhörung/Auswirkung der Corona-Pandemie	47
e) Fortgeltung einer Ausnahmegenehmigung trotz Gesetzesnovellierung	47
f) Streitgenossenschaft u. Rechtsmittelfristen/Darlegung „berechtigter mengenmäßiger Erwartungen“	48
5. Aufwandpauschale	48
a) Aufwandpauschale nach sachlich-rechnerischer Prüfung einer Krankenhausabrechnung	48
b) Keine Minderung des Abrechnungsbetrags/Verjährungsbeginn/Verzugszinsen	48
c) Im Erörterungsverfahren getroffene Vereinbarung: Keine Minderung des Abrechnungsbetrages	49
d) Verzugszinsen	49
6. Vorlage einer Erklärung über die stationäre Behandlungsnotwendigkeit	49
7. Haftung des Krankenhauses auf Schadensersatz in Bezug auf Transportkosten	50
8. Rechtsweg: Direkter Zahlungsanspruch aus Vereinbarung u. Abrechnung von Zu- u. Abschlägen	50
IX. Beziehung zu Leistungserbringern	50
1. Arzneimittelhersteller: Zusatznutzen von Turoctocog alfa pegol (Esperoct®)	52
2. Begründung eines Schiedsspruches (Physiotherapie) bis zur letzten mündlichen Verhandlung	53
3. Krankentransport: Duldungsvollmacht bei Übernahme der Ergebnisse von Schiedsverfahren	54
X. Verfahrensrecht	54
1. Bindung an rechtskräftige Urteile	54
XI. Beziehungen zu Krankenkassen	55
1. BGH: Kein Vollstreckungsauftrag einer Krankenkasse	55
2. Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte	55
3. Keine Pflicht zur Vermittlung von Arztterminen	55
XII. Bundessozialgericht (BSG)	55
1. Arzneimittel	55
a) BVerfG: Prophylaktische Anwendung zum Schutz des Ungeborenen (Cytotec CP Biotest)	55
b) Sperrwirkung des Arzneimittelrechts (Translarna <Ataluren> bei Duchenne-Muskeldystrophie)	56
c) Cannabis: Vertragsärztliche Verordnung	56
2. Hilfsmittel	57
a) Geh- und Stehtrainer Innowalk®	57
b) Hochbrechende Kunststoffgläser für Kindern und Jugendliche	57
c) Lagerungsmatratze zur Linderung von Schlafstörungen bei Kindern	57
3. Beziehungen zu Krankenhäusern	58
a) Mehrerer Leiden bei Aufnahme: Festlegung der Hauptdiagnose nach Gewichtung	58
b) Aufschlagszahlung	58
c) Fälligkeit und vorherige Prüfung der Rechnung	58
d) Aufwandspauschale: Zweijährige Verjährungsfrist	58
4. Schadensersatzanspruch: Informationspflichten einer Apotheke gegenüber Krankenkasse	58
5. Pharmazeutischer Großhändler: Belieferung von Vertragsärzten mit Röntgenkontrastmitteln	58
6. Hilfsmittelerbringer	59
a) Antrag zur Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis	59
b) Abgabe von Harn- und Blutteststreifen durch nichtärztliche Leistungserbringer	59
7. Häusl. Krankenpflege: Keine Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge nach Beendigung einer GbR	59
8. Keine Teilnahmeberechtigung einer BAG an amb. spezialfachärztl. Versorgung	60
9. Amtsenthebung des Geschäftsführers eines MDK	60

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 61

I. Ärztliches Berufsrecht 61

1. Approbation/Berufserlaubnis 61
 - a) Ablehnung der ärztlichen Approbation wegen Unwürdigkeit (Totschlag) 61
 - b) Widerruf einer Berufserlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs 61
 - c) Psychotherapeutenausbildung: Studiengang „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ (Kassel) 61
 - d) Ärztliche Ausbildung in der Republik Armenien 62
2. Strafrecht 62
 - a) Bundesgerichtshof (BGH) 62
 - aa) Körperverletzung mit Todesfolge: Laserconchotomie ohne postoperative Überwachung 62
 - bb) Sterilisation von zwei unter Betreuung stehenden Patienten 63
 - b) Sterbehilfe: Verurteilung wegen Totschlags 63
 - c) Verstoß gegen das Recht der Auszubildenden auf sexuelle Selbstbestimmung 64
 - d) Abrechnung ohne erforderliche Dokumentation: Betrug/Fälschung beweisheblicher Daten 64
3. Berufspflichten 64
 - a) Werbung mit der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 64
 - b) Wiederaufnahmeantrag: Formerfordernis 65
 - c) Beschwerde gegen Entscheidung des Berufsgerichts: Anwaltszwang 65
 - d) Zahnärztlicher Notfalldienst: Pflicht zur Vertreterbestellung 65
4. Weiterbildung 65
 - a) Anrechnung von Weiterbildungszeiten in belegärztlicher Abteilung 65
 - b) Tätigkeit auf Grundlage einer Berufserlaubnis keine Weiterbildungszeit 66
 - c) Eignung von Weiterbildern/Weiterbildungsassistenten 66
5. Anerkennungsvoraussetzung einer Fortbildungsmaßnahme/Mitwirkungsobliegenheit 67
6. Heilberufsausweis: Keine Eintagung eines iranischen Berufsdoktorats 67
7. BGH: Vergütungsrecht 68
 - a) GOÄ: Ambulante Operation in Privatkrankenanstalt/Liposuktion 68
 - b) Heil- und Kostenplan für abweichende Versorgung und Schriftformerfordernis 68
8. Sozialversicherungspflicht: 24-stündiger Rufbereitschaftsdienst durch Belegärzte 68
9. Erfüllung des Informationszugangsanspruchs durch DIMDI 69

II. Arzthaftung 69

1. Bundesgerichtshof (BGH) 69
 - a) Befunderhebungsfehler: Erblindung nach Frühgeburt wegen unterlassener Kontrolle der Augen 69
 - b) Fehlerhafte Anlage eines Arteria-brachialis-Katheters/Hypothetische Einwilligung 69
2. Behandlungsfehler 70
 - a) Hausärztliche Behandlung: Befunderhebungsfehler (Makrozytäre Anämie)/Grundurteil 70
 - b) Nichterkennen eines Pankreaskopf-Karzinoms durch Allgemeinmediziner 70
 - c) Keine Pflicht zur Wiedereinbestellung 70
 - d) Verspätetes Erkennen eines Hörsturzes 70
 - e) Verschiedene Techniken zur Einleitung einer Operation 70
 - f) Bedeutung der ärztlichen Dokumentation (Brustkrebs) 71
 - g) Beweislast für Lagerungsschaden/Umfang Dokumentationspflicht 71
 - h) Entfernung eines pharyngealen Tumors im Halsdreieck/Behandlungsunterlagen und rechtliches Gehör 71
 - i) Wunsch der Schwangeren nach einem Wahlkaiserschnitt 72
 - j) Parasuizidale Handlungen erfordern nach Rückkehr ärztliche Untersuchung 72
 - k) Suizid während eines Ausgangs 72
 - l) Beginn der Sterbephase und Patientenwille 73
 - m) Entgangener Gewinn nach Diagnosefehler mit der Folge einer Therapieverzögerung 73
 - n) Schutzzweckzusammenhang (Setzung eines Implantats ohne Abdeckschraube) 74
3. Corona-Impfung 74
 - a) Erfüllung einer hoheitlichen Aufgabe 74
 - b) Verimpfen von Corona-Impfstoffen als hoheitliche Tätigkeit 74
4. Aufklärung 74
 - a) Beweiskraft eines Einwilligungsformulars/Konservative Behandlungsalternativen 74
 - b) Notfallmedizinische Behandlung: Aufklärung und Einwilligung 75
 - c) Risiken eines Kontrastmittels bei der Durchführung einer MRT 75
 - d) Medikamentöse Ausleitungstherapie 75
 - e) Einsetzen von Brustimplantaten/Schmerzengeld 76
 - f) Schmerzengeldbemessung: Unterschiedliche Risiken verschiedener Anästhesiemethoden 76
5. Streitwert eines Feststellungsantrags für Zukunftsschäden 76

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

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

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

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

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank **www.sozialgerichtsbarkeit.de** wird hinsichtlich der Sachgebiete „Vertragsarztangelegenheiten“ und „Krankenversicherung“ (Leistungsrecht) und die Datenbank **www.juris.de** wird hinsichtlich der Stichworte „Arzt“, „Psychotherapeut“, „Krankenhaus“ und „Krankenkasse“ ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 27.08.2024 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

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

Nach BSG, Urt. v. 06.03.2024 - **B 6 KA 2/23 R** - durfte die Bekl. den **Investitionskostenabschlag** auf die **gesamte Vergütung der ambulanten Notfallleistungen** erheben und nicht nur auf die Nachzahlungen. Im Übrigen ist das LSG aber zutreffend davon ausgegangen, dass sich die **Widersprüche** der Klägerin jeweils lediglich auf den **abtrennbaren Teil der Vergütung** für die ambulanten Notfallleistungen und nicht auf den gesamten Honorarbescheid bezogen haben. Die Feststellungen des LSG in Bezug auf den Inhalt der Widersprüche und die von ihm vorgenommene Auslegung sind revisionsrechtlich nicht zu beanstanden. Weder hat es gegen Auslegungsgrundsätze noch gegen allgemeine Erfahrungssätze oder gegen Denkgesetze verstoßen. Nach der rückwirkenden Änderung sowohl des EBM als auch des HVM hatte die Bekl. die Vergütung der Kl. für die Notfallbehandlung insgesamt neu zu berechnen. Dabei durfte die Bekl. den **Investitionskostenabschlag** für öffentlich geförderte Krankenhäuser in Abzug bringen, den sie versehentlich zunächst nicht berücksichtigt hatte. Hierin liegt **keine unzulässige reformatio in peius** im Sinne einer Verschlechterung der Rechtsposition der Kl. im Widerspruchsverfahren, **da es trotz der Kürzung bei einer Nachzahlung verblieb**. Ein höherer Abzug von Investitionskosten, ausgehend von dem der Kl. bewilligten Gesamthonorar, war dagegen nicht zulässig. Die Teile des Gesamthonorars, die die Kl. mit ihrem Widerspruch nicht angegriffen hatte, konnten nach Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist und mangels Vertrauensauschlussstatbeständen nicht mehr zu Lasten der Kl. korrigiert werden. Nach BSG, Urt. v. 06.03.2024 - **B 6 KA 6/23 R** - und - **B 6 KA 7/23 R** - ist die **Beklagte verpflichtet**, über die Vergütung der von der Kl. in den Quartalen 1/2013 und 2/2013 erbrachten antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats nach Änderung des EBM **erneut zu entscheiden**. Um den aus dem Beschl. des BVerfG v. 20.03.2023 (1 BvR 669/18) folgenden verfassungsrechtlichen Vorgaben gerecht zu werden, die sich auf den Zeitraum der **rückwirkenden Einführung der sog. Strukturzuschläge** und damit die Quartale 1/2012 bis 4/2015 beziehen, darf der **Bewertungsausschuss** die Höhe der Vergütung für die einzelnen antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zwar weiterhin vom Grad der Auslastung des Psychotherapeuten abhängig machen. Er darf den **Grad der Auslastung** für diesen Zeitraum aber **nicht mehr allein auf der Grundlage der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen festlegen, sondern muss in diesem Zusammenhang alle vertragsärztlichen beziehungsweise -psychotherapeutischen Leistungen gleichermaßen berücksichtigen**. Diese Vorgabe kann auf **unterschiedliche Weise** umgesetzt werden. So könnten die bisher in Form der Strukturzuschläge berücksichtigten normativen **Personalkosten vollständig in die Bewertung** der Grundvergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (GOP 35200 bis 35225 EBM-Ä aF) einfließen. In diesem Fall **würde die (rückwirkende) Differenzierung nach dem Grad der Auslastung des Psychotherapeuten vollständig entfallen**. Der Bewertungsausschuss könnte die normativen Personalkosten psychotherapeutischer Praxen aber auch **entsprechend dem bisherigen Konzept in Form von Strukturzuschlägen berücksichtigen**, deren Höhe vom Grad der Auslastung der Praxis abhängt. Dann müssten in die **Ermittlung des Auslastungsgrades aber alle vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungen einfließen**. Das hätte zur Folge, dass der Bewertungsausschuss die Vollaustattung auch **höher als mit den bisher zu Grunde gelegten 36 Wochenstunden bemessen** könnte, denn diese in der Rechtsprechung des Senats entwickelte Belastungsgrenze bezog sich ausdrücklich auf die erbrachten antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Der Senat ist in seiner Rechtsprechung immer davon ausgegangen, dass voll ausgelastete Psychotherapeuten neben 36 antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Sitzungen weitere vertragsärztliche beziehungsweise -psychotherapeutische Leistungen (etwa probatorische Sitzungen und das Abfassen von Gutachten) erbringen können.

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

1. Keine RLV-Zuschläge für Jobsharing-Ärzte

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.03.2023 - L 11 KA 18/21

RID 24-03-1

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

Anspruchsausschließend schreibt Teil B § 5 Nr. 3a HVM vor, dass **Jobsharing-Ärzte** i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V in keinem Fall bei den **RLV-Zuschlägen** berücksichtigt werden. Diese Regelungen stehen mit höherrangigem Recht in Einklang. BSG, Urt. v. 17.03.2021 - B 6 KA 32/19 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 27, Rn. 31 u. 32 hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass weder aus § 87b Abs. 2 S. 2 SGB V noch aus Teil D der KBV-Vorgaben eine Verpflichtung der KV abgeleitet werden kann, die Behandlung in einer Jobsharing-BAG oder in einer Praxis mit Jobsharing-Anstellung in die Förderung der kooperativen Behandlung einzubeziehen.

Streitig ist, ob die Bekl. bei der Berechnung des Honorars der Kl. aus vertragsärztlicher Tätigkeit für das Quartal I/12 einen 10%igen Zuschlag (sog. BAG-Zuschlag) auf das Regelleistungsvolumen (RLV) zu berücksichtigen hat. Die Kl. ist eine BAG, bestehend aus dem Facharzt für Innere Medizin A., der im Quartal I/12 als Jobsharing-Senior-Partner über einen vollen Versorgungsauftrag verfügte, und der Fachärztin I. als Jobsharing-Junior-Partnerin nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 11.04.2018 - S 2 KA 288/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 06.03.2024 - **B 6 KA 23/22 R** - stellt die **Verpflichtung** der kl. Vertragsärztin zur **Anbindung an die Telematikinfrastruktur** in der Anfang 2019 geltenden Ausgestaltung des Regelungskonzepts **keinen unverhältnismäßigen Eingriff in ihre ärztliche Berufsfreiheit** dar. Die Datenverarbeitung durch Vertragsärzte bei Durchführung des Versichertenstammdatenabgleichs entspricht den besonderen Anforderungen an die Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Gesundheitsbereich. Sie ist durch hinreichende Ermächtigungsgrundlagen insb. in Art. 9 und 6 Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit §§ 1, 22 Bundesdatenschutzgesetz und §§ 291 ff. SGB V gedeckt. Bereits Anfang 2019 entsprach das Normkonzept des SGB V den Vorgaben aus dem europäischen Recht zur Gewährleistung einer ausreichenden Datensicherheit. Es wies keine solchen systemischen Mängel auf, die ärztliche Leistungserbringer von der Verpflichtung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur hätten freistellen können. Eine vorherige Datenschutz-Folgenabschätzung war für die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung nicht zwingend erforderlich. Die Verantwortlichkeit für den Bereich der dezentralen Telematikinfrastruktur-Komponenten lag nach der Datenschutz-Grundverordnung auch ohne gesonderte nationale Regelung im Quartal 1/2019 bei den Vertragsärzten. Die Verpflichtung der Klägerin zur Durchführung des Versichertenstammdatenabgleichs dient dem legitimen Zweck, Leistungsmissbrauch durch die Identifizierung ungültiger, verlorener oder gestohlen gemeldeter elektronischer Gesundheitskarten zu verhindern, und ist verhältnismäßig. Auch die mit der Nichtbefolgung der Verpflichtung verknüpfte Honorarkürzung stellt keinen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit der Kl. dar. Der Senat konnte dabei offen lassen, ob neben dem Schutz des Grundgesetzes auch die Grundrechtecharta der Europäischen Union greift, da bei Anwendung der jeweiligen Grundrechte hier kein unterschiedliches Schutzniveau besteht. Nach BSG, Urt. v. 13.12.2023 - **B 6 KA 15/22 R** - kann ein HVM regeln, dass die für die **Abrechnung** erforderlichen Erklärungen bei einem **MVZ** von dessen **ärztlichen Leiter zu unterschreiben** sind. Werden die Sammelerklärungen zu den Honorarabrechnungen nur von dem Geschäftsführer der kl. GmbH unterschrieben, kann die KV das gesamte Honorar zurückfordern. Bei der Regelung handelt es sich nicht um ein bloßes Formerfordernis. Vielmehr lässt die **ordnungsgemäße Abrechnungs-Sammelerklärung** erst den **Anspruch auf Vergütung** der erbrachten Leistungen **entstehen**. Angesichts der **Verantwortung des ärztlichen Leiters** für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe sowie seiner Gesamtverantwortung gegenüber der KV begegnet es keinen Bedenken, wenn der Honorarverteilungsmaßstab die Unterschrift des ärztlichen Leiters unter die Sammelerklärung verlangt. Grundsätzlich ist das MVZ als Träger der Zulassung für die Abgabe einer ordnungsgemäßen Sammelerklärung verantwortlich. Da es als Einrichtung aber nicht selbst handeln kann, ersetzt die Unterzeichnung durch den ärztlichen Leiter die in einer Einzelpraxis von dem Vertragsarzt zu leistende Unterschrift. Der ärztliche Leiter verfügt - anders als der nicht ärztliche Geschäftsführer eines MVZ - über die erforderliche medizinische Fachkompetenz, um beurteilen zu können, ob die von den einzelnen Ärzten angegebenen Behandlungsvorgänge Grundlage für eine korrekte Quartalsabrechnung sind. Auch ist durch die eigene ärztliche Tätigkeit des ärztlichen Leiters im MVZ gewährleistet, dass er hinreichend in dessen Strukturen und Arbeitsabläufe eingebunden ist und das Verhalten der Mitarbeiter aus eigener Anschauung beurteilen kann. Die Vertretungsbefugnis des Geschäftsführers aus § 35 Abs. 1 S. 1 GmbH-Gesetz wird durch das Unterschriftserfordernis im Honorarverteilungsmaßstab nicht berührt. Dieses stellt schon keine gesellschaftsrechtliche Vertretungsregelung dar. Es liegt auch **kein unverhältnismäßiger Eingriff** in das verfassungsrechtlich geschützte Recht des MVZ auf Honorierung seiner Leistungen vor. Bei zeitweiser Verhinderung des ärztlichen Leiters kann etwa ein Vertreter bestellt oder die Sammelerklärung kann innerhalb der im Honorarverteilungsmaßstab bestimmten Jahresfrist nachgereicht werden. Von diesen Möglichkeiten hat die Klägerin keinen Gebrauch gemacht, sondern die Unterschrift allein durch ihren Geschäftsführer für ausreichend gehalten. Es besteht auch kein Wertungswiderspruch zwischen dem Unterschriftserfordernis und den Regelungen zur Entziehung der Zulassung bei einem MVZ nach § 95 Abs. 6 S. 3 SGB V. Denn diese Norm sieht für den Fall, dass dem MVZ **eine ärztliche Leitung fehlt**, gerade **keine „Schonfrist“ von sechs**

Monaten vor. Schließlich durfte die Bekl. auch das **gesamte Honorar** der streitigen Quartale zurückfordern. Für die SenatsrSpr. zum 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. Gestaltungsmissbrauch: Standortbezogene Anstellung auch an weiterem Standort

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 12.01.2023 - L 11 KA 9/21 B ER

RID 24-03-2

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Ob die in der Rspr. anerkannten Fallgruppen eines **Gestaltungsmissbrauchs** um die hier zu beurteilende Konstellation zu erweitern sind, in welcher dem Vorwurf der Ag. zufolge der Ast. die genehmigte Tätigkeit als Vertragszahnarzt an **zwei Praxisstandorten** mit zumindest einer **auf einen Standort beschränkten Anstellungsgenehmigung missbraucht**, um unter letztlich rein bedarfsorientiertem Einsatz von drei Zahnärzten an zwei Standorten gebührenordnungsrechtlich nicht zulässige Mehrfachabrechnungen zu verschleiern und Leistungsbegrenzungen zu unterlaufen, ist eine offene Rechtsfrage. Dass auch die vorliegend zu beurteilende Gestaltungsform zumindest die Möglichkeit des Rechtsmissbrauchs eröffnet, erschließt sich allerdings unmittelbar aus dem Vortrag des Ast., wonach es bei der ihm genehmigten Tätigkeitsform „so gut wie ausgeschlossen“ sei, dass „auffällt, wenn eine Behandlung in der anderen Praxis bereits stattgefunden haben könnte“. Damit räumt er zugleich ein, dass er offenbar sehenden Auges keine Vorkehrungen getroffen hat, Mehrfachbehandlungen selbst oder jedenfalls deren Abrechnung zu verhindern.

Der Ast., ein Vertragszahnarzt, wehrte sich im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes gegen die Vollziehung des Bescheides der Ag., mit dem diese das Honorar für das Quartal I/19 neu auf 40.220,59 € festgesetzt und die diesen Betrag übersteigende ausgezahlte Vergütung zurückgefordert hatte. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 15.01.2021 - S 69 KA 2/20 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Bescheid v. 18.10.2019 sowie die Aufhebung seiner Vollziehung an. Das **LSG** lehnte den Antrag des Ast. auf einstweiligen Rechtsschutz gegen die Vollziehung des Bescheides ab.

2. Leistungen eines MVZ ohne einen (zahn-)ärztlichen Leiter

SG München, Urteil v. 29.02.2024 - S 49 KA 5037/23

RID 24-03-3

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Leitsatz: Notwendige Voraussetzung für eine **ordnungsgemäße Leistungserbringung** eines **MVZ** ist, dass dieses tatsächlich über einen **(zahn-)ärztlichen Leiter verfügt**. Leistungen, die von einem MVZ erbracht werden, das keinen (zahn-)ärztlichen Leiter hat, der die Betriebsabläufe tatsächlich steuert und sicherstellt, dass (zahn-)ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden, sind sachlich rechnerisch zu berichtigen, unabhängig davon, dass das MVZ weiter über eine Zulassung verfügt.

Am 29.07.2021 sprach der Geschäftsführer der Rechtsvorgängerin der Beigel. als Trägerin des MVZ gegenüber H., der zahnärztlichen Leiterin, ein vollständiges Beschäftigungsverbot gemäß dem Mutterschutzgesetz mit Wirkung zum 29.07.2021 aus. Mit einem Formblatt „Abmeldung“ teilte das MVZ dem Zulassungsausschuss sodann am 25.10.2021 mit, dass H. ihre zahnärztliche Tätigkeit sowie die zahnärztliche Leitung zum 29.07.2021 beendet habe. Es wurde außerdem ein Antrag auf Änderung der zahnärztlichen Leitung gestellt. Ab 25.11.2021 werde diese von I. übernommen. Eine entsprechende Vereinbarung vom 29.10.2021 wurde übersandt. Der Zulassungsausschuss stellte daraufhin mit Beschl. v. 24.11.2021 fest, dass die Anstellung von H. zum 24.11.2021 wegen Schwangerschaft/Beschäftigungsverbot ende. Infolgedessen sei auch die zahnärztliche Leitung von H. beendet. In der Begründung des Beschlusses wurde ausgeführt, dass aufgrund des statusbegründenden Charakters der Entscheidung für den Zulassungsausschuss keine gesetzliche Möglichkeit bestehe, Beschlüsse rückwirkend zu erlassen. Daher werde das Ende der Anstellung sowie der zahnärztlichen Leitung zum 24.11.2021 festgestellt. Am 30.05.2022 beantragte der kl. Krankenkassenverband bei der Bekl. eine sachlich-rechnerische Berichtigung aller vom MVZ der Bek. im Zeitraum vom 29.07.2021 bis 25.11.2021 erbrachten zahnärztlichen Leistungen (37.051,41 €). Die Bekl. lehnte den Berichtigungsantrag des Kl. als unbegründet ab. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf und verpflichtete die Bekl., über den Antrag des Kl. erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

3. Keine Verlängerung des Nachweiszeitraums für die Fortbildung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.05.2024 - L 5 KA 2946/23

RID 24-03-4

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95d

Eine **Verlängerung des Nachweiszeitraums** nach § 95d Abs. 3 S. 1 HS 2 SGB V scheidet aus, wenn die Zulassung nicht ruhte und es insoweit an einem entsprechenden Beschluss des Zulassungsausschusses mangelt.

Die **Zweijahresfrist** des § 95d Abs. 3 S. 4 SGB V verlängert nicht den bereits laufenden Fünfjahreszeitraum. Danach ist eine Nachholung der Fortbildung innerhalb von zwei Jahren ganz oder teilweise möglich; sie wird jedoch auf den folgenden **Fünfjahreszeitraum** nicht angerechnet. In jedem Fall beginnt nach Ablauf eines Fünfjahreszeitraums ein neuer Fünfjahreszeitraum, unabhängig davon, ob der Arzt seiner Fortbildungsverpflichtung nachgekommen ist. Der Nachholungszeitraum schiebt jedoch den zweiten Fünfjahreszeitraum nicht hinaus.

Die Rechtsgrundsätze des **sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs** gelten im Vertragsarztrecht nicht (vgl. z.B. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 09.03.2004 - L 5 KA 100/04 ER-B -, n.v.; LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 20.03.2006 - L 5 KA 415/06 ER-B - juris Rn. 35 m.w.N.).

Ein **Ermessensspielraum** hinsichtlich des „Ob“ der **Kürzung**, des Kürzungsumfangs oder der Dauer der Kürzungen besteht nicht. Es handelt sich um eine gebundene Entscheidung.

Die Kl., die Mutter von zwei 2003 und 2006 geborenen Kindern ist, war von 01.01.2003 bis 30.06.2021 mit vollem und vom 01.07.2021 bis 29.03.2023 mit halbem Versorgungsauftrag als Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Seit dem 01.07.2021 war sie (zudem) mit hälftigem Versorgungsauftrag in H1 angestellt. Die Kl. wandte sich gegen eine Honorarkürzung für das Quartal I/18 in Höhe von 7.843,09 € wegen einer Verletzung der Pflicht zum Nachweis der fachlichen Fortbildung nach § 95d SGB V. **SG Stuttgart**, Gerichtsb. v. 18.09.2023 - S 9 KA 4998/19 -, berichtigt durch den Beschl. v. 02.11.2023, wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Konsumtion einer Leistung (intermittierende Propofol-Bolusapplikation)

SG München, Urteil v. 19.03.2024 - S 28 KA 158/22

RID 24-03-5

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Die intermittierende **Propofol-Bolusapplikation** erfüllt die Voraussetzungen der **GOP 02100 EBM**. Sie unterliegt jedoch bei der Abrechnung neben den GOP 13400, 13421, 13422 und 30600 EBM einem **Abrechnungsausschluss**. Dieser ergibt sich aus dem Grundsatz der **Konsumtion** wie auch aus dem Sinn und Zweck des fakultativen Leistungsinhalts der „Prämedikation/Sedierung“ (GOP 13400, 13421, 13422 und 30600 EBM).

Die kl. BAG zweier fachärztlichen Internisten (M u. A1) beschäftigen u.a. G. M und G führen die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie. Alle Ärzte der Praxis verfügen über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie. Die Bekl. berichtigte die Honorarbescheide für die Quartale I bis IV/19 hinsichtlich der Leistungen nach der GOP 02100 EBM in Höhe von 25.380,14 €. Der medizinische Fachexperte habe festgestellt, dass mangels einer zusätzlich zum Propofol verabreichten Infusionslösung der obligate Leistungsinhalt der GOP 02100 EBM nicht erfüllt sei und die GOP 02100 EBM daher nicht zusätzlich abgerechnet werden könne. Bei der Verabreichung des Propofols handele es sich unabhängig von der Applikationsform um eine Prämedikation/Sedierung, welche fakultativer Leistungsbestandteil der Endoskopien entsprechend der GOP 13400, 13421, 13422 und 30600 EBM sei. Das **SG** wies die Klage b.

5. Quantitative Bestimmungen von Troponin

SG München, Urteil v. 23.04.2024 - S 28 KA 283/19

RID 24-03-6

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

Leitsatz: Quantitative Troponin-Bestimmungen via Immunoassays können nicht als ähnliche Untersuchungen über die GOP 32416 EBM abgerechnet werden.

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung von speziellen Laborleistungen, die in der Notfallambulanz eines Krankenhauses der Kl. erbracht worden sind. Streitgegenständlich sind noch Absetzungen der GOP 32416 EBM im Hinblick auf quantitative Bestimmungen von Troponin. Das **SG** wies die Klage ab.

6. Keine Anfechtung eines an anderen BGB-Gesellschafter gerichteten Bescheids

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 10.04.2024 - S 12 KA 3474/20

RID 24-03-7

www.juris.de
SGB V § 106d; SGG §§ 54 I 2, 92 I 1; BGB § 426

Leitsatz: Ein Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft ist durch ein an einen anderen Partner derselben Berufsausübungsgemeinschaft gerichteten **Rückforderungsbescheid** nicht beschwert. Aus einer gesamtschuldnerischen Haftung im Innenverhältnis folgt nichts anderes.

Dr. D. führte in den streitgegenständlichen Quartalen III u. IV/17 mit Frau Dr. A. eine BAG in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Aus dieser entstand zum 01.07.2018 mit Genehmigung des Zulassungsausschusses eine von Dr. A. und Dr. D. geführte Partnerschaftsgesellschaft. Die Partnerschaftsgesellschaft wurde zum 01.10.2018 mit Genehmigung des Zulassungsausschusses in die „MVZ M. GmbH“ umgewandelt. Die Bekl. berichtete auf Antrag der Beigel. im November 2019 35 Ansätze der GOP 34505 EBM (CT-gesteuerte Intervention) in den Quartalen III u. IV/17. Adressatin des Bescheides war Frau Dr. A. Ihr Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** wies die von Dr. D. erhobene Klage ab.

7. Grundlage der Vollstreckung eines Regresses von Honorarkorrekturen

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 29.07.2024 - L 5 KA 782/24 ER-B

RID 24-03-8

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB X § 66 III 1; SGG § 86b II; VwVG BW §§ 13 I, 15a III, IV; ZPO § 766, 767; GG Art. 19 IV

Leitsatz: Grundlage der **Vollstreckung eines Regresses von Honorarkorrekturen** ist der ursprüngliche **Regressbescheid** und nicht ein nachfolgender **Honorarbescheid**. Im Honorarbescheid wird der Regress nur buchhalterisch umgesetzt.

Der Ast. ist seit 1993 als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zugelassen. Für die Quartale I/16 bis III/20 setzte die Ag. das vertragsärztliche Honorar des Ast. neu fest und forderte Honorar i.H.v. 1.895.156,12 € zurück. Hiergegen erhob der Ast. am 11.08.2022 Klage beim SG Stuttgart (S 12 KA 2565/22). Mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehenem Honorarbescheid vom 16.10.2023 setzte die Ag. nach Abzug der Gutschrift i.H.v. 143.568,77 € für das Quartal II/23 eine Überzahlung i.H.v. 1.528.722,17 € fest. Im November 2023 beantragte die Ag. beim Amtsgericht unter Berufung auf § 15a LVwVG die Pfändung und Verwertung körperlicher Sachen. Es sei die Forderung aus dem Honorarbescheid des Quartals II/23 zu vollstrecken. **SG Stuttgart**, Beschl. v. 08.02.2024 - S 12 KA 102/24 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die Zwangsvollstreckung gegen den Ast. aus dem Honorarbescheid für das Quartal II/23 vorläufig zu unterlassen. Im Übrigen lehnte es den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

III. Genehmigung

1. Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 17.05.2024 - S 18 KA 160/22

RID 24-03-9

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 75a IV 1, 79 III 1 Nr. 1

Leitsatz: Als förderungsfähige Fachgebiete kommen nur die in der Anlage I der Richtlinie zur **Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen** aufgenommenen Fördergebiete in Betracht.

Dabei umfasst das in Anlage I genannte **Fördergebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** nur die Weiterbildung zum Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, nicht hingegen die Weiterbildung zum Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder zum Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie.

Die Beteiligten stritten um die finanzielle Förderung einer ärztlichen Weiterbildungsassistentin. Das **SG** wies die Klage ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Einzelfallprüfung psychotherap. Gespräch: Kein Vorrang von antragspflichtigen Psychotherapien

LSG Hessen, Urteil v. 25.01.2023 - L 4 KA 64/19

RID 24-03-10

www.juris.de

SGB V § 106 II 4

Die **GOP 23220 EBM (Psychotherapeutisches Gespräch)** kann grundsätzlich auch bei laufenden, nach dem Antragsverfahren gemäß den PT-RL des GBA durchgeführten und neben solchen Behandlungen bzw. nach solchen in Ansatz gebracht werden. Lediglich eine Abrechnung nebeneinander in einer Sitzung bei Abrechnung der GOP EBM der Abschnitte 35.1 und 35.2 ist nicht möglich und die Leistungsabrechnung ist in zeitlicher Hinsicht begrenzt (max. 15 x im Quartal). Es liegt demnach nur insoweit eine zeitliche und inhaltliche Begrenzung der GOP 23220 EBM vor. Die GOP 23220 EBM kann zudem als eigenständige Leistung auch insb. dann abgerechnet werden, wenn sich der Patient nicht in psychotherapeutischer Behandlung beim psychotherapeutischen Leistungserbringer befindet oder für den Patienten keine Psychotherapie beim psychotherapeutischen Leistungserbringer vorgesehen ist.

Ein genereller **Vorrang von antragspflichtigen Psychotherapien** ergibt sich weder aus Abschnitt F der PT-RL noch nach der GOP 35.2 EBM. Aufgrund der Eigenständigkeit der Leistung Psychotherapeutisches Gespräch nach der GOP 23220 EBM ist im Einzelfall zu entscheiden, ob dieses vor einer Psychotherapie, während einer Psychotherapie oder im Anschluss an eine solche oder ohne eine solche geführt wird.

Der kl. Psychologische Psychotherapeut (Verhaltenstherapeut) wandte sich gegen zwei Regresse in Höhe von 4.810,50 € und 2.170,07 € aufgrund einer Einzelfallprüfung der Nr. 23220 EBM in den Jahren 2011 und 2012. **SG Marburg**, Urt. v. 30.10.2019 - S 17 KA 34/16, S 17 KA 632/16 - RID 20-01-24 verpflichtete zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Berufung, **BSG**, Beschl. v. 05.06.2024 - B 6 KA 8/23 B - juris die Nichtzulassungsbeschwerde zurück

Parallelverfahren:

LSG Hessen, Urteil v. 25.01.2023 - L 4 KA 65/19

RID 24-03-11

www.juris.de

2. Verordnung von Cannabisblüten ohne Genehmigung der Krankenkasse/Differenzkostenregelung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 20.03.2024 - L 3 KA 52/23

RID 24-03-12

Revision anhängig: B 6 KA 3/24

www.juris.de

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

Parallelverfahren zu LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.03.2024 - L 3 KA 51/23 - RID 24-02-8, Revision anhängig: B 6 KA 2/24:

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

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

SG Hannover, Gerichtsbb. v. 24.10.2023 - S 20 KA 36/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Entscheidung über Antrag auf Verhandlungen zum Abschluss einer Richtgrößenvereinbarung

LSG Hessen, Urteil v. 24.04.2024 - L 4 KA 68/20

RID 24-03-13

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Leitsatz: Der aus § 106 Abs. 5d SGB V in der bis 31. Dezember 2016 geltenden Fassung abgeleitete **Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung** über einen ärztlichen **Antrag auf Verhandlungen** zum Abschluss einer individuellen Richtgrößenvereinbarung (vgl. BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 46/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 42, juris Rn. 20 ff.) besteht auch dann, wenn in der Rechtsfolge andernfalls nicht ein Regress, sondern wegen der Erfüllung der Voraussetzungen des § 106 Abs. 5e SGB a.F. eine **individuelle Beratung** festzusetzen wäre.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer individuellen Beratung nach § 106 Abs. 5e S. 1 SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung im Rahmen der Arznei- und Verbandmittel-Richtgrößenprüfung für das Jahr 2014. Die Kl. ist seit dem Oktober 2013 in einer Einzelpraxis als vollzugelassene Ärztin für Allgemeinmedizin niedergelassen. Die Kl. verfügt außerdem über die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“. **SG Marburg**, Urt. v. 28.10.2020 - S 17 KA 542/17 - verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

4. Kein Vorverfahren bei Feststellung eines „sonstigen Schadens“

LSG Thüringen, Urteil v. 07.12.2022 - L 11 KA 814/19

RID 24-03-14

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 6/24 R

www.juris.de

SGB V §§ 39 I 3, 82 I, 106 V 8, 106c III 6; BMV-Ä § 48 I

Die **Anrufung des Beschwerdeausschusses** ist ausgeschlossen für die Fälle einer Honorarkürzung oder eines Regresses bei Leistungen, die aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung generell ausgeschlossen sind (§ 106 Abs. 5 S. 8 SGB V in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung, heute § 106c Abs. 3 S. 6 SGB V). Erforderlich ist insoweit, dass sich die **Unzulässigkeit der Verordnung** unmittelbar und eindeutig aus dem Gesetz bzw. der Richtlinie ergibt und es daher um „vergleichsweise leicht überprüfbare Sachverhalte“ geht, die grundsätzlich keiner einzelfallbezogenen Prüfung bedürfen. Die Zulässigkeit von Ausnahmen bei einem leicht überschaubaren Sachverhalt steht der Anwendung der Norm indessen nicht entgegen. Ein Verordnungsaußchluss durch Gesetz oder Richtlinien liegt vor, wenn ein solcher dort für den Regelfall normiert wird. Demnach findet kein Widerspruchsverfahren in den Fällen des § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V (**Verordnung während eines Krankenhausaufenthalts**) statt. Die Unzulässigkeit der Verordnung ergibt sich unmittelbar und eindeutig aus dem Gesetz. § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V lässt eine Verordnung von Arzneimitteln während eines Krankenhausaufenthaltes nicht zu. Auch die **Feststellung des Verschuldens** des verordnenden Arztes erfordert nicht die Befassung des Beschwerdeausschusses.

Verordnungen, die **während eines stationären Aufenthalts von Patienten** ausgestellt werden, gehören zu den „**sonstigen Schäden**“, für welche die Prüfungsgremien nach § 48 Abs. 1 BMV-Ä zuständig sind. Nach dieser Vorschrift wird der durch den Vertragsarzt (schuldhaft) verursachte Schaden, der einer Krankenkasse u.a. aus der der unzulässigen Verordnung von Leistungen entsteht, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, durch die Prüfungseinrichtungen festgestellt. Die unzulässige Verordnung von Arzneimitteln während eines stationären Aufenthaltes begründet einen sonstigen Schaden in diesem Sinne, der bei schuldhaftem Verhalten des Vertragsarztes zu regressieren ist (BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 5/09 - SozR 4-2500 § 106 Nr. 28; BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 16/10 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 31).

Im Streit steht die Feststellung eines „sonstigen Schadens“. Die Kl. ist eine aus zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin bestehende BAG. Der bei der Beigel. zu 1. Versicherte war Patient der Kl. und litt an einem bösartigen Grundleiden. Er entwickelte im Verlauf der Behandlung der Grunderkrankung ein Abhängigkeitssyndrom für das Medikament Abstral. Aufgrund einer durch die Kl. veranlassten Einweisung befand sich der Versicherte in der Zeit vom 02. bis zum 12.06.2014 in vollstationärer Behandlung im E Klinikum. Von hier aus wurde er in das S Klinikum N verlegt, wo er bis zum 11. Juli 2014 vollstationär behandelt wurde. Auf telefonische Anforderung stellte einer der Ärzte der Kl. am 23.06.2014 für den Versicherten eine Verordnung über das Arzneimittel Abstral 600 µg Sublingualtabletten N2, 30 Stück, aus. Die Verordnung wurde am 25.06.2014 eingelöst. Die bekl. Prüfungsstelle setzte im November 2016 dem Antrag der Beigel. zu 1. folgend gegen die Kl. einen Regress i.H.v. 253,69 € fest, weil sie eine unzulässige Verordnung während des Krankenhausaufenthaltes des Versicherten vorgenommen habe. **SG Gotha**, Urt. v. 13.12.2017 - S 2 KA 4398/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Sprechstundenbedarf Anästhesie: Ondansetron/Vidisic

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.08.2023 - L 11 KA 36/21

RID 24-03-15

www.juris.de

SGB V § 106 II 1 Nr. 2

Wird der Begriff „Mittel zur Prämedikation als Narkosevorbereitung“ in einer Sprechstundenbedarfsvereinbarung nicht näher definiert, ist für dessen Auslegung vorrangig der faktisch bestehende, einheitliche wissenschaftlich-medizinische Sprachgebrauch heranzuziehen. Danach umfasst **Prämedikation** im Sinne der pharmakologischen Vorbereitung des Patienten auf die Anästhesie auch die bedarfsabhängige Gabe von „Antiemetika zur Prophylaxe von PONV (Postoperative Nausea and Vomiting)“. Ein solches Antiemetikum stellt **Ondansetron** dar. Sein Anwendungsgebiet besteht u.a. in der Prophylaxe und Behandlung von postoperativer Übelkeit und Erbrechen.

Bei **Vidisic** handelt es sich um ein Gel i.S. einer halbfesten Arzneimittelszubereitung zur lokalen Anwendung. Vidisic findet „**nach dem Fachgebiet bei mehreren Patienten**“ Anwendung. Dieses Tatbestandsmerkmal ist nicht dahingehend auszulegen, dass die jeweilige Einzelpackung des Gels zwingend bei mehreren Patienten zum Einsatz kommen muss. Vielmehr reicht es, wenn nach dem Fachgebiet der anfordernden Praxis (hier: Anästhesie) davon auszugehen ist, dass das Gel in der angeforderten Packungsgröße (erwartungsgemäß) in der Sprechstunde bei mehreren Patienten angewandt wird. Die verordnete Menge von drei Tuben reicht daher für „mehrere Patienten“.

Mangels einer eigenständigen Definition in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung kann zur Auslegung in systematisch unbedenklicher Weise das allgemeine vertragsarztrechtliche Verständnis des **Begriffs „Sprechstunde“** herangezogen werden. Nach § 17 Abs. 1a S. 1 BMV-Ä gelten als Sprechstunde die Zeiten, in denen der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung steht. Diese Voraussetzung erfüllt auch der **Anästhesist**, der gesetzlich versicherte Patienten im Rahmen von Operationen versorgt. Dies galt auch bereits vor Einfügung des § 17 Abs. 1a S. 1 BMV-Ä.

Die im Bereich der KV Nordrhein **zur Abrechnung des Sprechstundenbedarfs beauftragte GmbH** ist berechtigt, **Prüfanträge** in Bezug auf die Zulässigkeit der Anforderung von SSB (§ 15 Abs. 1 Buchst. d PrüfV) zu stellen. Diese Auslegung der PrüfV verstößt nicht gegen höherrangiges Recht. Der GmbH wird mit den Regelungen der PrüfV zur Antragsbefugnis nicht in unzulässiger Weise Hoheitsgewalt übertragen. Mit der bloßen Antragstellung ist noch keine Ausübung hoheitlicher Befugnisse verbunden.

Die Kl. betreibt ein MVZ. Sie wandte sich gegen einen Regress in Höhe von 443,63 € wegen der Verordnung von Sprechstundenbedarf im Quartal I/17. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 17.11.2021 - S 7 KA 112/19 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das **LSG** wies die Berufung zurück.

6. Maßgeblichkeit der im streitgegenständlichen Zeitraum gültigen Parodontose-Richtlinie

SG Marburg, Urteil v. 12.06.2024 - S 12 KA 218/23

RID 24-03-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 91 VI, 92 I 2 Nr. 2, 106

Leitsatz: 1. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Parodontose-Behandlung ist nicht auf die aktuellste, sondern auf die **im streitgegenständlichen Zeitraum gültige Parodontose-Richtlinie** abzustellen. Diese ist als untergesetzliche Norm für die Beteiligten verbindlich.

2. Soweit nach den Vorgaben der Parodontose-Richtlinie der Röntgenbefund aktuelle (in der Regel nicht älter als sechs Monate) auswertbare **Röntgenaufnahmen** erfordert, zeigt bereits der Zusatz „in der Regel“, dass hiervon im Einzelfall abgewichen werden kann. Hierfür bedarf es aber der einzelfallbezogenen **Begründung des Ausnahmefalls** in der zahnärztlichen **Dokumentation**.

Die Beteiligten streiten um eine Abrechnung systematischer PAR-Behandlungen in einem Behandlungsfall im Mai 2021 (347,30 €). Das **SG** wies die Klage ab.

V. Zulassungsrecht

1. Veraltete „Mietoptionsbestätigung“ unzureichend für Angabe einer Praxisanschrift

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.04.2024 - L 7 KA 4/22

RID 24-03-17

www.juris.de= www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95 I 5; Ärzte-ZV §§ 18 I 2, 24 I

Leitsatz: Gibt ein Bewerber um einen Vertragsarztsitz auch noch im Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vor dem Zulassungsausschuss nur eine **Anschrift für Praxisräume** an, die von vornherein nach allgemeiner Lebenserfahrung **nicht genutzt werden können**, erfüllt dies die Anforderungen des § 18 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV an die Angabe des Vertragsarztsitzes im Zulassungsantrag nicht und ist dieser **Bewerber** im Zulassungsverfahren **nicht berücksichtigungsfähig**. Eine **Nachholung** der Angabe des Vertragsarztsitzes durch Benennung einer anderen Anschrift ist in einem solchen Fall nicht mehr möglich.

Der Kl. ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Im Jahr 2013 beantragte er zunächst erfolglos eine Sonderbedarfszulassung. **SG Berlin**, Urt. v. 22.03.2017 - S 83 KA 4783/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete den Bekl., über den Antrag des Kl. auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung wegen lokalen Sonderbedarfs als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin im Verwaltungsbezirk Neukölln unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden. Der Kl. wurde daraufhin im Rahmen einer Sonderbedarfsfeststellung zum August 2020 zugelassen. Der **Kl. verzichtete** jedoch mit Schreiben vom 20.10.2020 auf diese Zulassung. Während des die Sonderbedarfszulassung betreffenden gerichtlichen Verfahrens stellte der Landesausschuss im Mai 2018 fest, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in der planungsrechtlichen Arztgruppe der Kinderärzte für **drei zusätzliche Zulassungen** im Umfang jeweils eines vollen Versorgungsauftrages besteht. Es bewarben sich u.a. der Beigel. zu 1 und der Kl. Der Kl. machte in seinem **Zulassungsantrag** im Feld „Praxisanschrift“ keine Angaben. Er verwies in seinem Antrag auf das seinerzeit anhängige gerichtliche Verfahren vor dem Senat. Nach erneuter Aufforderung zur Nachreichung fehlender Unterlagen teilte er mit, er bewerbe sich rechtlich gesehen nicht neu und müsse die Unterlagen nicht noch einmal schicken. Der Kl. teilte dann eine Niederlassungsadresse mit. Der Zulassungsausschuss ließ den Kl. im Verwaltungsbezirk N als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages zu. U.a. den Antrag des Beigel. zu 1 lehnte er in diesem Beschluss ab. Der Beigel. zu 1 teilte mit, dass die vom Kl. angegebene Adresse A S B, nach Auskunft des Vermieters B G e.V. und der Hausverwaltung A für eine Praxis nicht zur Verfügung stehe. Er reichte eine Bestätigung der AGmbH ein, wonach wegen des Vereinszwecks keine Vermietung an eine Arztpraxis geplant sei. Weder sie noch B G e.V. seien diesbezüglich von einem Kinderarzt kontaktiert worden. Der Kl. teilte mit, dem Zulassungsausschuss sei aus dem Sonderbedarfszulassungsverfahren bekannt, dass es eine Mietoption für die Adresse A S B, gegeben habe. Jetzt sei das Objekt vermietet, da könne er rechtlich nichts machen. Er habe den Zulassungsausschuss sowieso kontaktieren wollen, sobald er ein neues

Objekt gefunden habe. Dies sei sehr schwierig in N. Es sei auch unrealistisch gewesen, zum Oktober 2018 die Praxisarbeit aufzunehmen. Es sei unmöglich, in einem Monat Personal zu finden. Im September 2018 reichte der Kl. einen Mietvertrag über Räume für eine Kinderarztpraxis in der E Str. B, Mietbeginn ab Oktober 2018, beim Zulassungsausschuss ein. Mit Beschluss stimmte der Zulassungsausschuss der Veränderung des Praxisstandorts zu. Eine erneute Auswahlentscheidung sei nicht erforderlich gewesen. Der Beigel. zu 1 erhob Widerspruch gegen den Zulassungsbeschluss. Der Bekl. lehnte den Antrag des Kl. auf Zulassung ab und ließ den Beigel. zu 1 zum Januar 2019 zu. **SG Berlin**, Urt. v. 26.01.2022 - S 22 KA 10/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Sonderbedarfszulassung

a) Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ mit Weiterbildungszeit von 24 Monaten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.03.2023 - L 11 KA 22/21

RID 24-03-18

www.juris.de

SGB V § 101 I 1 Nr. 3

Die **Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“** (Weiterbildungszeit von 24 Monaten) kann einen **qualifikationsbezogenen Sonderbedarf** gemäß § 37 Abs. 2 S. 2 BPRL begründen. Denn die ihr zugrunde liegende Zusatzweiterbildung, die der Zusatzweiterbildung **„Dermatopathologie“** (Weiterbildungszeit von 24 Monaten) nach der aktuell gültigen WBO entspricht, steht den in § 37 Abs. 1 BedarfsplRL genannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleich.

Das Bundessozialgericht hat zwar zur Konkretisierung des Merkmals des Gleichstehens der Qualifikationen im zeitlichen Umfang bisher auf eine **Weiterbildungszeit von 36 Monaten** abgestellt (BSG, Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 34/08 R - BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7, Rn. 14; BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 22/09 R - juris Rn. 11 - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, Rn. 38; LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 24.11.2021 - L 9 KA 1/18 - juris, Rn. 61; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.0.2016 - L 11 KA 12/14 - juris Rn. 40; SG Marburg, Urt. v. 23.02.2011 - S 12 KA 382/10 - juris Rn. 35). Hintergrund dessen war der Gedanke, dass der zeitliche Umfang von Schwerpunktausbildungen nach den maßgeblichen WBOen der Ärztekammern früher grundsätzlich bei 36 Monaten gelegen hat. Im Gegensatz zur WBO a.F. liegt der zeitliche Umfang von **Schwerpunktausbildungen** nunmehr nach der aktuellen WBO in Nordrhein allerdings nicht mehr regelhaft bei 36 Monaten, sondern **nur noch bei 24 Monaten**. Mithin ist der 24-monatige Ausbildungszeitraum der Zusatzweiterbildung Dermatopathologie mit derjenigen einer Schwerpunktausbildung nach der WBO der Ärztekammer Nordrhein vergleichbar.

Zwar ist die **Zahl der Weiterbildungsinhalte** der Dermatohistologie wie der Dermatopathologie verglichen mit Schwerpunkten wie z.B. der gynäkologischen Onkologie, der Kinder- und Jugendkardiologie oder der Neuroradiologie eher gering. Das spricht aber nicht gegen die erforderliche Gleichwertigkeit, sondern ist dem Weiterbildungsgebiet geschuldet.

(vgl. im Übrigen zum Vorliegen einer Sonderbedarfszulassung für die Tätigkeitsbereiche der Dermatohistologie und der Dermatopathologie: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24. Februar 2016 - L 5 KA 1783/13 - juris, Rn. 2).

Der Berufungsausschuss muss hinreichend deutlich formulieren, von welcher zu **versorgenden Region** er ausgeht.

Auch für eine Sonderbedarfszulassung aufgrund der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ ist grundsätzlich auf die kreisfreie Stadt, den **Landkreis** oder die Kreisregion (§ 12 Abs. 3 S. 1 BedarfsplRL), nicht auf den gesamten KV-Bezirk abzustellen.

Bei der Feststellung, ob die **ärztlichen Tätigkeiten** des qualifizierten Inhalts **nicht** oder nicht ausreichend **zur Verfügung stehen**, bestehen grundsätzlich keine Bedenken, hinsichtlich der Festlegung dieser ärztlichen Tätigkeiten an die in Ziff. 10.1 Abs. 5 der Präambel zu hautärztlichen GOPen im EBM aufgeführten GOPen 19310 bis 19312, 19315 und 19320 aus dem Bereich der GOPen für Pathologie anzuknüpfen. Es ist aber zu berücksichtigen, dass nur die nach den genannten GOPen abgerechneten dermatopathologischen Leistungen solche „des qualifizierten Inhalts“ sind. Der Berufungsausschuss kann sich bei der **Befragung der Praxen für Pathologie** nicht darauf beschränken, allgemein nach der Erbringung der durch diese GOPen abgebildeten Leistungen zu befragen.

Bei einer **Neubescheidung** können angesichts der geografischen Lage **angrenzende Regionen** mit in den Blick genommen werden. In tatsächlicher Hinsicht bietet es sich an, zur Beantwortung der Frage,

ob die ärztlichen Tätigkeiten dieses Gebiets im Versorgungsbereich ausreichend zur Verfügung zu stehen, zunächst **Erkundigungen** bei den im Versorgungsbereich niedergelassenen **Fachärzten für Dermatologie** einzuholen. Bei der Beurteilung des Angebots an dermatopathologischen Leistungen ist weiterhin zu berücksichtigen, dass auch die Facharztgruppe der **Pathologen** in der Lage ist, dermatopathologische Untersuchungen durchzuführen. Es darf berücksichtigt werden, dass ein **direkter Arzt-Patienten-Kontakt** zur Erbringung dermatopathologischer/-histologischer Leistungen nicht zwingend erforderlich ist.

§ 37 Abs. 3 BedarfsplRL ist - auch mit Blick auf Art. 12 Abs. 1 GG - kein Anhalt dafür zu entnehmen, dass **in jedem KV-Bereich** unabhängig vom Versorgungsgrad mit dermatologischen Leistungen die Niederlassung eines **Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Dermatopathologie/-histologie** ermöglicht werden müsste.

Die Beteiligten streiten über die Sonderbedarfszulassung (Faktor 1,0) der Kl. für das Fachgebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten hier: Dermatopathologie (vormals Dermatohistologie). **SG Köln**, Urt. v. 05.07.2021 - S 40 KA 3/20 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete den Bekl., den Widerspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu bescheiden.

b) Erbringung ausschließlich schlafmedizinischer Leistungen

SG Magdeburg, Urteil v. 21.02.2024 - S 1 KA 65/20

RID 24-03-19

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 4/24 R

www.juris.de

SGB V §§ 101 I 1 Nr. 3; BedarfsplRL §§ 36 f.

Leitsatz: 1. Bietet in einem wegen Zulassungsbeschränkungen gesperrten Planungsbereich kein Vertragsarzt die Leistungen einer **Kardiorespiratorischen Polysomnographie** (EBM-Geb.-Nr. 30901) an, kann die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung unter Errichtung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes nicht darauf gestützt werden, dass ein **qualifikationsbezogener oder lokaler Sonderbedarf** besteht, auch wenn der Zulassungsbewerber beantragt, seine Zulassung ausschließlich auf die Erbringung schlafmedizinischer Leistungen in einem ambulanten Schlaflabor zu beschränken.

2. Die ärztliche **Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“** eröffnet **keine Subspezialisierung**, welche die Annahme eines **qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs** rechtfertigen könnte. Die Berücksichtigung einer Zusatzbezeichnung kommt in diesem Zusammenhang nur dann in Betracht, wenn die Spezialisierung gemessen am zeitlichen und qualitativen Umfang der absolvierten Zusatz-Weiterbildung solch einer Qualifikation gleichsteht, die für den Erwerb einer fachärztlichen Schwerpunktkompetenz erforderlich ist.

3. Etwas Anderes ergibt sich auch nicht infolge der **Neufassung der Weiterbildungsordnung** der Ärztekammer Sachsen-Anhalt (WBO 2020) nach Anpassung an die Muster-WBO der Bundesärztekammer.

4. Ein erfolgloser Antrag eines Facharztes für Innere Medizin auf (Sonder-)Bedarfszulassung im fachärztlichen Versorgungsbereich verliert mit Blick auf die Zulässigkeit des nachfolgenden Klageverfahrens nicht dadurch das **Rechtschutzbedürfnis**, dass er - aus seiner Sicht hilfsweise - antragsgemäß im hausärztlichen Versorgungsbereich zugelassen und ihm - gestützt auf § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V - wegen der Versorgungslücke eine befristete Genehmigung zur Erbringung der Polysomnographie erteilt worden ist. Ein insoweit zeitlich später gefasster Beschluss des Zulassungsausschusses ist nicht gemäß § 96 SGG Gegenstand des Klageverfahrens geworden.

Der Zulassungsausschuss erteilte im November 2019 dem Kl. zu 1. die Zulassung als Facharzt für Nervenheilkunde (Zusatzbezeichnung Schlafmedizin) und dem Kl. zu 2. die Zulassung als Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie (Zusatzbezeichnung Schlafmedizin) jeweils mit dem Ausnahmetatbestand „lokaler Sonderbedarf“ und bewilligte die Bildung einer BAG. Auf Widerspruch verschiedener Konkurrenten hob der Bekl. die Sonderbedarfszulassungen auf und lehnte die Zulassungsanträge ab. Hiergegen erhoben die Kl. im November 2020 die Klage. Das **SG** wies die Klagen ab.

Auf ihre bereits zuvor erhobenen weiteren Zulassungsanträge erteilte der Zulassungsausschuss dem Kl. zu 1. im Wege der Praxisnachfolge die Zulassung zur fachärztlicher Versorgung als Facharzt für Nervenheilkunde mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit der Maßgabe, er dürfe nur die ärztlichen Leistungen abrechnen, die für Fachärzte für Neurologie abrechnungsfähig seien. Der Kl. zu 2. hatte eine Zulassung mit halben Versorgungsauftrag als Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzerklärung zur ausschließlichen Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung (in dem insoweit nicht gesperrten Planungsbereich) beantragt. Der

Zulassungsausschuss erteilte ihm die Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag. Ferner erhielt er eine zunächst bis zum 23.07.2022, dann bis zum 30.09.2024 befristete Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der „Kardiorespiratorischen Polysomnographie gemäß EBM-Ziffer 30901“.

c) Strahlenschutzrechtliche Personalvorgaben begründen keinen Sonderbedarf

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.05.2024 - L 5 KA 2346/22

RID 24-03-20

Revision anhängig: B 6 KA 5/24 R

www.juris.de= www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 IX, 101 I 1 Nr. 3

Leitsatz: Strahlenschutzrechtliche Personalvorgaben begründen allein keinen Anspruch auf eine Anstellungsgenehmigung im **Sonderbedarf**.

Im Streit steht eine Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf. Der K. ist als Facharzt für Strahlentherapie zugelassen. Er betreibt seit November 2012 eine Praxis für Strahlentherapie, zunächst mit 2,0 Vollzeitstellen und einem Linearbeschleuniger. 2012/2013 wurde ihm im Wege des Sonderbedarfs eine weitere Vollzeitstelle genehmigt. Am 05.12.2016 beantragte der Kläger die Genehmigung der Anstellung von Frau G1 als Fachärztin für Strahlentherapie mit vollem Versorgungsauftrag im Rahmen einer Sonderbedarfsfeststellung ab 01.01.2017. Zur Begründung trug er u.a. vor, dass seit Gründung der Praxis mit 3 Vollzeitstellen und einem Linearbeschleuniger sich die Zahl der zu versorgenden Patienten binnen 4 Jahren nahezu verdoppelt habe. Dies sei nur durch die Inbetriebnahme eines zweiten Linearbeschleunigers (im Februar 2017) möglich gewesen. Allein durch die beantragte Sonderbedarfszulassung werde auch den Vorgaben gemäß 2.1.2 Strahlenschutzverordnung und ihrer Anlage zum Betrieb von Linearbeschleunigern zum Personalbedarf (2 Linearbeschleuniger mit mehr als 350 Bestrahlungsserien erfordern Minimum 4 Vollzeitstellen) Rechnung getragen. Mit der begehrten Sonderbedarfszulassung werde gewährleistet, dass die zuständige Aufsichtsbehörde nicht Maßnahmen nach § 113 Abs. 1 S. 1 Strahlenschutzverordnung anordne. Der Zulassungsausschuss lehnte den Antrag ab, der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Freiburg**, Gerichtsbb. v. 27.07.2022 - S 1 KA 1922/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Anstellung

a) Keine Genehmigung einer Anstellung ohne eigenen vertragsärztlichen Status

SG Düsseldorf, Urteil v. 04.03.2024 - S 51 KA 218/18

RID 24-03-21

www.juris.de= www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 IX, 103 IVb 5; Ärzte-ZV § 32b

§ 32b Ärzte-ZV und auch § 95 Abs. 9 SGB V setzen einen **vertragsarztrechtlichen Status** des anstellenden Arztes voraus. Die **Genehmigung einer Anstellung** ohne eigenen vertragsärztlichen Status ist ausgeschlossen. Es fehlt an einem Zulassungstatus, wenn die **sofortige Vollziehung der Zulassungsentziehung** des anstellenden Arztes gem. § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG angeordnet wurde.

Die Kl. ist Fachärztin für Diagnostische Radiologie. Sie war seit dem Juli 1991 in BAGen mit wechselnder Beteiligung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Kl. und Dr. A waren zunächst als BAG tätig. Im Dezember 2011 wurde festgestellt, dass die BAG zum 31.12.2011 ende. Ferner wurde der Kl. die Anstellung von Dr. A mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden (Anrechnungsfaktor 1,0) genehmigt. Gegen die Feststellung des Endes der BAG widersprach die Kl. In der Niederschrift der Sitzung des Bekl. wurde vermerkt, dass die Kl. den Widerspruch für erledigt erklärt habe. Sie habe vorgetragen, dass ab dem 01.01.2012 Dr. A als Angestellter für sie tätig sei. Da die Beigel. zu 7) ihre Honorare einbehalten habe, habe sie Dr. A kein Gehalt zahlen können. Deswegen habe Dr. A zum 31.03.2012 gekündigt. Auf Antrag der Beigel. zu 7) entzog der Zulassungsausschuss im November 2012 der Klägerin ihre vertragsärztliche Zulassung. Der Bekl. wies den Widerspruch zurück. Hiergegen erhob die Kl. die Klage. Ein sozialgerichtliches Eilverfahren gegen die Anordnung der sofortigen Vollziehung (S 14 KA 207/13 ER) sowie die dagegen gerichtete Beschwerde beim LSG Nordrhein-Westfalen (L 11 KA 76/13 B ER) blieben erfolglos. Die Nachbesetzung des Angestelltensitzes durch Dr. B lehnte der Zulassungsausschuss ab, weil die Nachbesetzungsfrist von sechs Monaten im November 2012 bereits abgelaufen gewesen sei. Zudem sei die Zulassung der Kl. wirksam entzogen worden. Den dagegen erhobenen Widerspruch wies der Bekl. im Oktober 2013 zurück. Die hiergegen erhobene Klage wies das **SG** ab. Über das Vermögen der Klägerin wurde eine Insolvenzverfahren eröffnet. Die Kl. war seit dem 25.04.2016 arbeitsunfähig erkrankt. Der Praxisbetrieb wurde zum 31.05.2016 eingestellt. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Keine Anstellung neben vollem Versorgungsauftrag

LSG Bayern, Urteil v. 31.01.2024 - L 12 KA 17/23

RID 24-03-22

Revision anhängig: B 6 KA 7/24

www.juris.de

SGB V § 95; Ärzte-ZV §§ 20, 32b

Eine **zusätzliche Angestelltentätigkeit für einen anderen Vertragsarzt** neben der Tätigkeit in **eigener Zulassung**, sei es mit einem vollen Versorgungsauftrag, sei es mit zwei hälftigen Versorgungsaufträgen an zwei räumlich getrennten Sitzen, ist grundsätzlich **zeitlich inkompatibel** und unstatthaft. § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV ist dahingehend auszulegen, dass neben zwei hälftigen Versorgungsaufträgen eine Beschäftigung als Angestellter eines Vertragsarztes grundsätzlich inkompatibel ist.

Nach Entsperrung des Planungsbereichs für einen halben Vertragsarztsitz bewarb sich u.a. die kl. Fachärztin für Neurologie mit dem Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung ihres Vaters Dr. X. als angestellter Arzt mit 15 Wochenstunden an ihrem Filialsitz. Dr. X ist Urologe mit zwei hälftigen Zulassungen und betreibt die Filialpraxis zusammen mit der Kl. Der Zulassungsausschuss erteilte der zu 8 beigel. BAG die Genehmigung zur Beschäftigung des Dr. K als angestellten Arzt mit einem Umfang von 12,5 Wochenstunden. Widersprüche blieben erfolglos. **SG München**, Urt. v. 15.03.2023 - S 38 KA 13/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Nachbesetzung einer Arztstelle im MVZ: Dieselbe Arztgruppe

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.05.2024 - L 5 KA 1146/23

RID 24-03-23

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 12/24 B

www.juris.de= www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 II 5, 7, 8 u. 9, 103 IVa 5

Leitsatz: Die **Nachbesetzung einer Arztstelle im MVZ** setzt voraus, dass der ausscheidende Arzt und der prospektive neue Stelleninhaber **derselben Arztgruppe** im Sinne der Regelungen der Bedarfsplanung angehören und das Tätigkeitsspektrum des neuen Angestellten dem des vorigen im Wesentlichen entspricht (Anschluss an BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 23/11 R - BSGE 109, 82 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 8; BSG, Urt. v. 02.07.2014 - B 6 KA 23/13 R - BSGE 116, 173 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 14). An Letzterem fehlt es, wenn der prospektive neue Stelleninhaber über eine andere fachliche Qualifikation (hier **Internist mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie**) verfügt, so dass es ihm nicht erlaubt ist, die Patienten seines Vorgängers (hier **Internist mit Schwerpunkt Rheumatologie**) zu behandeln.

Im Streit steht die Nachbesetzung einer Arztstelle. Die Beigel. zu 1) ist Trägerin eines MVZ. Das MVZ ist seit 01.07.2010 zur vertragsärztlichen Tätigkeit in den Fachgebieten Innere Medizin mit der Zuordnung zur fachärztlichen Versorgung und Innere Medizin mit der Zuordnung zur hausärztlichen Versorgung zugelassen. Bis April 2018 **beschäftigte** das MVZ S, Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung **Rheumatologie** mit der Zuordnung zur fachärztlichen Versorgung, als angestellten Arzt mit einem Umfang der Arbeitszeit von 32 Wochenstunden. Das MVZ beschäftigte außerdem seit 07.07.2016 C, Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung **Hämatologie und Internistische Onkologie**, mit der Zuordnung zur hausärztlichen Versorgung als angestellten Arzt, zunächst im Umfang von 20 Wochenstunden. Mit Vertrag vom 11.04.2019 vereinbarte die Beigel. zu 1) mit C aufschiebend bedingt, für den Fall, dass der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung der Stelle von S durch ihn genehmigt, die Weiterbeschäftigung im Umfang von 40 Wochenstundenzahl im fachärztlichen anstatt hausärztlichen Bereich. Den Antrag auf Genehmigung der Anstellung von C zur Nachbesetzung des S im Umfang von 40 Wochenstunden lehnte der Zulassungsausschuss ab. Dem Widerspruch der Beigel. zu 1) gab der Bekl. statt. Er erteilte die begehrte Genehmigung mit Wirkung zum 22.10.2020. Zugleich stellte er das Ende der Beschäftigung von C, Facharzt für Innere Medizin mit der Zuordnung zur hausärztlichen Versorgung, als angestellten Arzt mit einer Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zum 21.10.2020 fest. **SG Stuttgart**, Beschl. v. 07.01.2022 - S 12 KA 3646/21 ER - ordnete die sofortige Vollziehung an. **SG Stuttgart**, Urt. v. 10.11.2022 - S 12 KA 1394/21 - wies die Klage der KV ab, das **LSG** hob das Urt. und den angefochtenen Bescheid auf.

4. Hälftige Zulassungsentziehung: Zur Verfügung stehen am Vertragspsychotherapeutenstz

SG Bremen, Urteil v. 15.03.2023 - S 30 KA 1/15

RID 24-03-24

www.juris.de = MedR 2024, 65

SGB V §§ 95 VI; 103 IIIa; RVG § 14 I

Mit dem unwiderlegten Vortrag, **für die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit** grundsätzlich über 38 Wochenstunden (von Montag bis Freitag von 8:30 Uhr bis 13:00 Uhr und von Montag bis Donnerstag von 14:00 Uhr bis 19:00 Uhr) **am Vertragspsychotherapeutensitz zur Verfügung zu stehen**, liegt eine Tätigkeitsentfaltung im Sinne eines einem vollen Sitz entsprechenden **Praxissubstrates** vor. Eine **Widerlegung** anhand von **abgerechneten Therapiestunden** (hier: in drei Jahren durchschnittlich 11 bis 15½ Wochenstunden) ist angesichts der massiven Überversorgung im Bereich der Psychotherapie in Bremen nicht plausibel, da ein Vertragspsychotherapeut nicht ohne weiteres in der Lage ist, zur Verfügung stehende Behandlungszeiten vollständig mit abrechenbaren Therapiestunden zu belegen.

Nr. 2300 VV sieht einen Rahmen von 0,5 bis 2,5 vor und bestimmt in Abs. 1, dass eine **Gebühr von mehr als 1,3** nur gefordert werden kann, wenn die Tätigkeit umfangreich oder schwierig war. Vorliegend sieht das Gericht in einem in Verwaltungsverfahren nur teilweise vorkommenden **Termin** zwar ein gewisses „Mehr“ an Aufwand, stellt dem jedoch insb. die konkret hier nur **überschaubare Bedeutung** der Angelegenheit - nämlich keine Sachentscheidung, sondern lediglich eine Vertagung - und diesbezüglich auch **nicht besondere Schwierigkeit** der Sache gegenüber und ist der Auffassung, dass der Aufwand insgesamt mit der bereits auf 1,5 erhöhten Gebühr hinreichend abgebildet ist.

Die Beteiligten streiten in drei hier verbundenen Verfahren um die Rechtmäßigkeit der Ablehnung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens für die zweite Hälfte eines Vertragspsychotherapeutensitzes, die Entziehung der Hälfte einer Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut sowie um die Höhe einer Geschäftsgebühr in einem Widerspruchsverfahren. Der im Jahr 1948 geb. Kl. ist Psychologischer Psychotherapeut. Im Januar 2014 beantragte er die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens und verzichtete auf seine Zulassung unter der Voraussetzung, dass die Praxis auf einen Nachfolger übertragen wird. Der Zulassungsausschuss vertagte im Juli 2014 zunächst eine Entscheidung bis zur rechtskräftigen Entscheidung über eine hälftige Entziehung der vertragstherapeutischen Zulassung des Kl. Hiergegen legte der Kl. Widerspruch ein. Nach Hinweis des Vorsitzenden des Berufungsausschusses auf die Unzulässigkeit der Vertagung entsprach der Zulassungsausschuss dem Nachbesetzungsantrag mit Bescheid vom 29.12.2014 lediglich im Umfang eines halben Versorgungsauftrages (Klageverfahren: S 30 KA 1/15). Die dem Grunde nach dem Zulassungsausschuss auferlegten Kosten des Widerspruchsverfahrens setzte der Berufungsausschuss mit Bescheid vom 21.11.2016 fest (Klageverfahren: S 30 KA 1/17). Weiter wurde dem Kl. vom Berufungsausschuss mit Bescheid vom 14.08.2015 die Hälfte seines Versorgungsauftrages entzogen (Klageverfahren: S 30 KA 23/15). Beide Bescheide bzgl. der Nachbesetzung und Entziehung wurden im Kern damit begründet, dass der Kl. nach Auswertung der Honorarabrechnungen für die Quartale IV/10 bis III/13 keine Tätigkeit im Umfang von mehr als einem halben Versorgungsauftrag ausgeübt habe. So hatte er jeweils im Durchschnitt von vier Quartalen 14,77 (IV/10 bis III/11) 10,79 (IV/11 bis III/12) bzw. 15,44 (IV/12 bis III/13), im Gesamtdurchschnitt 13,67 Stunden pro Arbeitswoche abgerechnet, woraus geschlossen wurde, dass er lediglich in diesem Umfang tätig gewesen sei. Dies wurde sodann an der Regelung des § 17 BMV-Ä a.F. gemessen, wonach eine Mindestsprechstundenzeit von 20 Stunden pro Woche einzuhalten ist und hieraus auf eine lediglich hälftige Ausübung der Zulassung geschlossen. Das **SG** stellte im Verfahren S 30 KA 1/15 (Nachbesetzungsantrag) und S 30 KA 23/15 (Zulassungsentziehung) fest, dass der jeweils angefochtene Bescheid rechtswidrig war. Im Verfahren S 30 KA 1/17 (Kostenfestsetzung) wies es die Klage ab.

VI. Gesamtvergütung/Vergütung von Hochschulambulanzen

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

1. Vergütung von Hochschulambulanzen: Grundsatz der Beitragssatzstabilität (Schiedsstelle)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.04.2024 - L 7 KA 18/23 KL

RID 24-03-25

Revision zugelassen

www.juris.de= www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 117 I, 120; KHG § 18a

Leitsatz: 1. Die Schiedsstelle nach § 18a KHG darf über gestellte **Anträge nicht nur „dem Grunde nach“ entscheiden**. Damit unterschreitet sie ihren Gestaltungsspielraum.

2. Der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** darf den Bemühungen eines Trägers von Hochschulambulanzen in den Vergütungsverhandlungen nach § 120 Abs. 2 SGB V nicht pauschal entgegengehalten werden; die Vergütung der Hochschulambulanz muss die Leistungsfähigkeit der ermächtigten Einrichtung bei wirtschaftlicher Betrachtung gewährleisten.

Die Charité Universitätsmedizin Berlin (Kl. zu 2.) betreibt eine Vielzahl von Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 SGB V. Streitig ist die Vergütung der Leistungen dieser Hochschulambulanzen nach § 120 SGB V in den Jahren 2021 und 2022. Die kl. Krankenkasse (Kl. zu 1.) und die Kl. zu 2. wenden sich jeweils eigenständig und aus verschiedenen Gründen gegen einen insoweit ergangenen Schiedsspruch der Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze in Berlin (Schiedsstelle nach § 18a KHG, Bekl.) v. 24.01.2023 (schriftliche Fassung v. 20.04.2023). Das **LSG** hob den angefochtenen Schiedsspruch auf, soweit er folgende Posten betrifft: ergänzende Vergütungspauschale für die Behandlung von Post-Covid-Patienten mit der Diagnose nach ICD-10-GM U09.9! sowie aus dem Bereich seltene Erkrankungen – Genetik und Beratung/Diagnostik die ergänzende Vergütungspauschale S07 (Primärdiagnostik-Pauschale) und S08 (Folgediagnostik). Insoweit wird die Bekl. verpflichtet, über die Schiedsstellenanträge unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Klagen ab.

VII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Zeitgebundene neuropsychologische Leistungen

BSG, Urteil v. 13.12.2023 - B 6 KA 1/22 R

RID 24-03-26

SozR 4-2500 § 87 Nr. 40 = Die Leistungen Beilage 2024, 182

Leitsatz: Der **Bewertungsausschuss** Ärzte war nicht verpflichtet, die rückwirkend angehobene Bewertung von zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie auf die zwar zeitgebundenen, aber nicht antrags- und genehmigungspflichtigen **Leistungen der neuropsychologischen Therapie** zu übertragen.

2. Keine gerichtliche Überprüfung bestandskräftiger Honorarbescheide

BSG, Beschluss v. 05.06.2024 - B 6 KA 13/23 B

RID 24-03-27

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 26.10.2022 - L 11 KA 7/22 - RID 23-04-4 wird zurückgewiesen.

Der Senat hat bereits entschieden, dass **vertragsärztliches Honorar keine Sozialleistung** i.S. des § 44 Abs. 1 SGB X ist und dass daher auf Bescheide über vertragsärztliches Honorar § 44 Abs. 2 SGB X anzuwenden ist.

Die Grundsätze, nach denen die Ermessensentscheidung einer KV über die **Korrektur bestandskräftiger Honorarbescheide** überprüft werden kann, sind in der Rspr. des BSG geklärt. Dabei hat es der Senat in Fällen, in denen sich die Rechtswidrigkeit der Bescheide nicht jeweils aus singulären

Fehlern bei der Rechtsanwendung ergibt, sondern darauf beruht, dass sich die den Bescheiden zugrunde liegenden normativen Bestimmungen der Honorarverteilung als fehlerhaft erwiesen haben, gebilligt, wenn die KV die finanziellen Auswirkungen im Falle einer gegenüber den betroffenen Ärzten positiven Entscheidung für die Gesamtheit ihrer Mitglieder als ausschlaggebend berücksichtigt hat.

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

3. Kostenbeteiligung von niedergelassenen Privatärzten am KV-Notdienst (KV Hessen)

BSG, Urteil v. 25.10.2023 - B 6 KA 16/22 R

RID 24-03-28

BSGE = SozR 4-2500 § 75 Nr. 22 = GuP 2024, 125 = ZMGR 2024, 134 = Die Leistungen Beilage 2024, 262 = GesR 2024, 448 = MedR 2024, 624

Leitsatz: 1. Die landesgesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme und **Kostenbeteiligung von niedergelassenen Privatärzten am ärztlichen Bereitschaftsdienst** der KÄV ist rechtmäßig.

2. Das **Bundesrecht** der Vertragsärzte entfaltet **keine Sperrwirkung** gegenüber der Einbeziehung von Privatärzten in einen einheitlichen Notdienst durch das Landesberufsrecht.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B 1 KR 21/23 R** - muss die gesetzliche Krankenversicherung nicht schon ab Inkrafttreten von § 27a Abs. 4 SGB V am 11.05.2019 die Kosten für **Kryokonservierungsleistungen** übernehmen, sondern erst für solche, die **ab Inkrafttreten der Richtlinie des GBA** zur Kryokonservierung am 20.02.2021 erbracht wurden. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B 1 KR 28/23 R** - begründen nur solche Behandlungen einen Anspruch auf **Kryokonservierung**, auf die die Versicherten nach dem SGB V einen Anspruch haben. Das ist bei **geschlechtsangleichenden Behandlungen** nach BSG, Urt. v. 19.10.2023 - B 1 KR 16/22 R - derzeit grundsätzlich nicht der Fall, weil es an der hierfür erforderlichen Empfehlung des GBA fehlt. Dies hindert grundsätzlich auch den Anspruch auf Kryokonservierung. In Betracht kommt aber ein Anspruch des Klägers aufgrund von **Vertrauensschutz**. Ausreichend hierfür wäre, dass die geschlechtsangleichende Behandlung auf der Grundlage eines auch die Kryokonservierung einschließenden Behandlungsplans unmittelbar durch einen Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung begonnen wurde.

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

1. Akupunkturbehandlung mit Reizstrom

LSG Hessen, Urteil v. 30.03.2023 - L 8 KR 195/22

RID 24-03-29

www.juris.de

SGB V § 27 I 2 Nr. 1

Bei der **Akupunkturbehandlung mit Reizstrom** handelt es sich nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Wiesbaden, Gerichtsb. v. 27.06.2022 - S 1 KR 119/21 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 25.05.2023 - B 1 KR 21/23 BH - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

2. Ambulante orthomolekulare Therapie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.07.2024 - L 4 KR 3734/21

RID 24-03-30

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 27 I, 31 V 1; GG Art. 2 II 1

Leitsatz: Eine **ambulante orthomolekulare Therapie** mit begleitender Labordiagnostik hat die Krankenkasse nicht als Sachleistung zur Verfügung zu stellen. Außerhalb des Anspruches auf bilanzierte Diäten nach § 31 Abs. 5 Satz 1 SGB V sind **Lebensmittel oder Nahrungsergänzungsmittel** nicht von der Leistungspflicht der Krankenkasse umfasst.

SG Heilbronn, Gerichtsb. v. 02.11.2021 - S 12 KR 2123/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. CO₂-Lasertherapie zur Behandlung der Vulva und Vagina

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 22.08.2024 - L 16 KR 426/23

RID 24-03-31

www.juris.de

SGB V §§ 2 I, 12, 27 I 1 Nr. 1, 135 I

Leitsatz: Kein Anspruch auf Kostenübernahme für eine **CO₂-Lasertherapie mit Vaginalsonde**.

SG Hannover, Urt. v. 26.06.2023 - S 96 KR 274/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Keine Kryokonservierung wegen Transition von Mann zu Frau

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 11.10.2023 - L 4 KR 291/23

RID 24-03-32

Revision anhängig: B 1 KR 28/23 R, Termin: 28.08.2024

www.juris.de

SGB V §§ 27a, 92 I 2 Nr. 10

Es besteht kein Anspruch auf **Kryokonservierung des Spermas**, wenn der Anspruch nicht unmittelbar dem Zeugungsakt dient, sondern das Sperma auf quasi unbestimmte Zeit eingelagert werden soll (zunächst fünf Jahre mit der Verlängerungsoption um je weitere fünf Jahre). Ein bloß zukünftiger Kinderwunsch reicht jedoch gerade nicht aus. Ein Anspruch auf Kostenübernahme einer Kryokonservierung besteht mithin nur, wenn auch die Voraussetzungen einer künstlichen Befruchtung erfüllt werden. Die **Familienplanung** wird von der GKV nicht geschützt (BVerfG, Urt. v. 28.02.2007 - 1 BvL 5/03 - BVerfGE 117, 316 = SozR 4-2500 § 27a Nr. 3; BVerfG, Beschl. v. 27.02.2009 - 1 BvR 2982/07 - NJW 2009, 1733).

Eine **Transition** von Mann zu Frau aufgrund Transsexualität stellt gerade **keine keimzellschädigende Therapie** im Sinne des § 3 Abs. 1 Kryo-RL dar, weil bei einer Geschlechtsumwandlung nicht potentiell noch Keimzellen vorhanden sind. Nach der Geschlechtsumwandlung liegen vielmehr keinerlei männliche Samenzellen mehr vor.

Der Anspruch des Kl. scheitert auch daran, dass er nicht mit einer anderen Person verheiratet ist im Sinne des § 27a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist insoweit auch nicht gewährleistet, dass ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden (§ 27a Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V).

SG Hildesheim, Urt. v. 24.02.2023 - S 60 KR 334/22 - verurteilte die Bekl., die Kosten für eine Kryokonservierung von Sperma für den Kl. zu übernehmen. Das **LSG** wies die Klage ab.

5. Nadelepilation zur Entfernung von Barthaaren im Gesicht bei nichtärztlichem Leistungserbringer

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 01.07.2024 - L 26 KR 227/23

RID 24-03-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27 I

Für die Erbringung einer **Nadelepilation durch einen nichtärztlichen Leistungserbringer** fehlt es an einer entsprechenden **gesetzlichen Grundlage**. Dies gilt selbst in dem Fall, in dem für die medizinische Leistung - jedenfalls praktisch - keine für die Kl. erreichbaren ärztlichen leistungsbereiten Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Selbst **im Falle eines sog. Systemversagens** darf eine ärztliche Leistung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durch nichtärztliche Leistungserbringer erbracht werden oder sich eine Krankenkasse an den dadurch verursachten Kosten beteiligen.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 26.05.2023 - S 166 KR 1711/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. Zahnersatz: Begrenzung der Leistungen

SG Köln, Gerichtsbescheid v. 15.12.2022 - S 21 KR 1412/21

RID 24-03-34

www.juris.de

SGB V § 55

Wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, einen **über die Regelversorgung hinausgehenden** gleich- oder andersartigen **Zahnersatz**, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss (§ 55 Abs. 2 S. 1 SGB V). Die klare Begrenzung der Leistungen auf höchstens die vollen Kosten der Regelversorgung 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).

Das **SG** wies die Klage b.

II. Stationäre Behandlung

1. Postbariatrische Wiederherstellungsoperation: Umfang der Hautveränderungen

LSG Hessen, Urteil v. 02.05.2024 - L 1 KR 247/22

RID 24-03-35

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27 I 1

Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung für **postbariatrische Wiederherstellungsoperationen** in den Bereichen der Oberschenkel beidseits, der Oberarme beidseits, der Brust und der Bauchdecke, wenn keine **Hautveränderungen** bestehen, die ausschließlich durch Straffungsoperationen therapierbar wären und die Erheblichkeitsschwelle zur Entstellung bei weitem nicht erreicht wird.

Eine **bariatrische Operation** (hier: Magenbypass) ist **nicht zwingend mit einer postbariatrischen Wiederherstellungsoperation** in Form verschiedener Straffungsoperationen abzuschließen.

SG Darmstadt, Urt. v. 27.06.2022 - S 13 KR 18/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Primärindikation für bariatrische Operation: Gewicht

SG Darmstadt, Urteil v. 28.02.2024 - S 25 KR 699/21

RID 24-03-36

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 1, 39 I 2, 109 IV 3; KHEntG § 7 S. 1 Nr. 1

Leitsatz: Zur Beurteilung, ob eine Primärindikation für eine bariatrische Operation bei einem BMI von mehr als 50kg/m² vorliegt, kommt es auf das **Gewicht** des Klägers bei **Stellung der Indikation** zur Operation an und nicht auf das Gewicht bei **Aufnahme in das Krankenhaus** zur Durchführung der Operation.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.250,28 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Hautstraffung an Brust, Bauch und Oberschenkel

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.06.2024 - L 1 KR 25/21

RID 24-03-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 5, 39 I

Ist für eine - von der regelhaften Nichterfüllung der Erheblichkeitsschwelle durch Hautüberschüsse abweichenden - **Entstellung** nichts ersichtlich, so besteht kein Anspruch auf eine „**Bodylift**“-**Operation** zur Entfernung von Gewebeüberschüssen an Bauch, Brust und Oberschenkelinnenseiten.

Dermatologische Erkrankungen sind mit den Mitteln dieser Fachrichtung zu behandeln. Sollte sich herausstellen, dass mit diesen Mitteln kein dauerhafter Erfolg erzielt werden kann, so wäre erst im Anschluss zu prüfen, ob als ultima ratio eine Hautstraffung notwendig ist, wenn also ständige Hautreizungen auftreten, die sich als dauerhaft therapieresistent erweisen (vgl. die Rspr. zusammenfassend: LSG Bayern, Urt. v. 04.12.2018 - L 20 KR 406/18 - juris Rn. 63 f., RID 19-01-92).

SG Frankfurt (Oder), Urt. v. 18.11.2020 - S 27 KR 198/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 25.06.2024 - **B 1 KR 39/22 R** - steht der Kl. der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch als Rechtsnachfolgerin des verstorbenen Versicherten zu. Dieser hatte zu Lebzeiten teilweise bereits fällige Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Abs. 2 SGB V, teilweise zumindest Anwartschaften auf Kostenerstattung erworben, die im Wege der Gesamtrechtsnachfolge nach § 1922 Absatz 1 BGB auf die Kl. als Alleinerbin übergingen und zu Ansprüchen erstarkten. Ein **Kostenerstattungsanspruch** entsteht erst, wenn Versicherten **Kosten im Rechtssinne entstanden** sind. Zwar wurde ein Teil der Rechnungen erst nach dem Tod des Versicherten beglichen. Insoweit hatte der Versicherte aber bereits zu Lebzeiten eine gefestigte Rechtsposition im Sinne einer Anwartschaft erworben, die sich mit der Begleichung der fälligen Forderungen durch die Kl. zu einem Kostenerstattungsanspruch verfestigte. Denn die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme hängt grundsätzlich allein vom **Versichertenstatus im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung** ab. Andernfalls käme es zu einer willkürlichen Ungleichbehandlung zwischen Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben und denen, die dem Sachleistungsgrundsatz unterliegen. Mit der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung setzen sich die Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer unmittelbar einer

Vergütungsforderung aus. Der Eintritt des Todes vor Rechnungstellung und deren Begleichung darf aufgrund seiner Zufälligkeit und der davon unabhängigen Beitragslast dem Kostenerstattungsanspruch nicht entgegenstehen. §§ 56, 58, 59 SGB I finden auf die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V keine Anwendung. Nach § 37 Satz 1 SGB I gelten die Vorschriften des SGB I (nur), soweit sich aus den übrigen Büchern nichts Abweichendes ergibt. Die Vorschrift räumt der sich aus dem SGB V ergebenden Besonderheit der funktionalen Einheit von Naturalleistungsansprüchen und Kostenerstattungsansprüchen und dem danach gebotenen Gleichlauf Vorrang gegenüber den Regelungen des SGB I ein. Dieser Gedanke liegt auch der Regelung des § 35 S. 3 SGB XI zugrunde. Ein Ausschluss der Rechtsnachfolge wäre ein nachträglicher Eingriff in eine bereits erworbene Rechtsposition. Dafür bilden die §§ 56 ff. SGB I keine hinreichende Grundlage.

1. Genehmigungsfiktion

a) Weiterhin eigenständiger Anspruch auf Versorgung mit Naturalleistung (Entgegen BSG-Rspr.)

SG Speyer, Urteil v. 13.03.2024 - S 19 KR 450/22

RID 24-03-38

www.juris.de6

SGB V § 13 IIIa

Der (geänderten) **BSG-Rspr.** zu den **Rechtsfolgen des Eintritts der Genehmigungsfiktion** ist **nicht zu folgen**. Die gesetzlich fingierte Genehmigung nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V vermittele weiterhin einen **eigenständigen Anspruch** auf Versorgung mit einer Naturalleistung.

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

b) Keine Kostenerstattung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

SG Darmstadt, Gerichtsbescheid v. 11.03.2024 - S 8 KR 497/20

RID 24-03-39

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 IIIa, 15, 27, 28

Leitsatz: Im Rahmen einer eingetretenen **Genehmigungsfiktion** ist es grob fahrlässig, sofern sich ein Versicherter **Heilmittel ohne ärztliche Verordnung** in Anspruch nimmt. Dies schließt insoweit einen Anspruch auf Kostenerstattung aus.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Systemversagen: Keine Benennung eines zugelassenen Leistungserbringers (Kryokonservierung)

LSG Bayern, Urteil v. 30.01.2024 - L 5 KR 377/22

RID 24-03-40

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27a

Leitsatz: Falls die Kassenärztliche Vereinigung den Versicherten keinen für ihren Fall geeigneten und zugelassenen **Leistungserbringer benennen** kann, ist damit ein **Systemversagen** hinreichend nachgewiesen.

SG Landshut, Urt. v. 28.07.2022 - S 16 KR 154/21 - verurteilte die Bekl., die Kosten des Kl. für die Kryokonservierung einschließlich Lagerungskosten für die Zeit ab dem 01.07.2021 zu übernehmen, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** verurteilte auf die Berufungen des Kl. sowie der Bekl. die Bekl., dem Kl. die Kosten für die Maßnahmen der Kryokonservierung ab dem 22.02.2021 zu erstatten sowie den Kl. künftig von den Kosten für Maßnahmen der Kryokonservierung freizustellen, längstes bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres des Kl. Im Übrigen wies es die Berufungen zurück.

3. Vorfestlegung auf Krankenbehandlung bei nicht zugelassenem Leistungserbringer

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 29.07.2024 - L 16 KR 582/23

RID 24-03-41

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 III

Legt sich der Versicherte von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung bei einem **nicht zugelassenen Leistungserbringer** fest, besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13

Abs. 3 S. 1 SGB V. Ein starkes Indiz für eine solche Vorfestlegung ist es, wenn ein Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten für eine konkrete, von der Versicherten selbst ausgesuchte nicht zugelassene Privatklinik gestellt wird für Krankheiten, deren **Behandlung als Sachleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung** ein alltäglicher Vorgang ist.

Die Kl. begehrt anteilige Kostenerstattung für eine Entwöhnungsbehandlung in einer Privatklinik. **SG Hannover**, Urt. v. 06.11.2023 - S 86 KR 770/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Stationäre psychosomatische Leistungen: Fehlende Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 03.07.2024 - L 5 KR 1381/23

RID 24-03-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 39 I, 108

Einem Versichertem, der trotz einer **psychischen Erkrankung** fähig ist, sich um organisatorische Belange zu kümmern, ist es möglich und zumutbar, die Krankenkasse zur Klärung der Kostenübernahme zu kontaktieren. Daraus, dass er bei seiner privaten Krankenversicherung vorspricht, ergibt sich auch, dass er den Hinweis des Krankenhauses, dass es sich nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, vernommen und verstanden hat.

Stationäre psychosomatische Leistungen werden in gleicher Weise in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern erbracht.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 19.04.2023 - S 2 KR 3594/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Lücke im Sachleistungssystem: Nachweis über Kontaktierung von vertragsärztlichen Behandlern

LSG Hamburg, Urteil v. 17.05.2024 - L 1 KR 105/22 D

RID 24-03-43

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, 27 I

Die Vorinstanz hat zutreffend darauf hingewiesen, dass der Anspruch gesetzlich Versicherter sich auf die Inanspruchnahme einer **Behandlung von Vertragsärzten** beschränkt, vgl. §§ 76 Abs. 1 S. 1, 72 Abs. 1 S. 2 SGB V.

Die Vorinstanz hat zutreffend darauf hingewiesen, dass die Kl. erfolglos nicht eine derart **hohe Anzahl an Augenärzten** (20 niedergelassenen Therapeuten im Stadtgebiet bzw. im Umland) hinsichtlich der Durchführung der Katarakt-Operation mit multifokalen Linsen **kontaktiert** hat, dass von einer Lücke im Sachleistungssystem auszugehen ist.

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch der Kl. auf Kostenerstattung für eine privatärztliche Behandlung in Form einer Kataraktextraktion mit Tausch der natürlichen Linse gegen eine trifokale Linse. **SG Hamburg**, Gerichtsbb. v. 30.11.2022 - S 56 KR 19/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. Akute Blinddarmoperation in türkischer Privatklinik

LSG Bayern, Urteil v. 22.04.2024 - L 20 KR 256/20

RID 24-03-44

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 18

Leitsatz: 1. Es existiert keine Rechtsnorm, die einen Anspruch auf Kostenerstattung gegen die gesetzliche Krankenkasse für eine **akute Blinddarmoperation** in einer **Privatklinik** in der **Türkei** begründet.

2. Die **Erstattung von Kosten** für eine im **nicht-EU-Ausland** in Anspruch genommene **privatärztliche Behandlung** ist allenfalls in entsprechender Anwendung des Art. 15 DT-SVA als freiwillig gezahlte (Ermessens-)Leistung zu betrachten.

3. Für die Kostenerstattung von Sozialversicherungsleistungen ist bei grenzüberschreitenden Sachverhalten der Leitfaden „Leistungsaulhilfe im Rahmen der EG-Verordnung 883/04 und nach Abkommensrecht“ vom 15.08.2012 im Sinne einer ermessenslenkenden **Verwaltungsvorschrift** einschlägig.

SG Nürnberg, Urt. v. 12.02.2020 - S 21 KR 907/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. Knie-TEP-Operation in der Schweiz

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 21.03.2024 - L 5 KR 239/22

RID 24-03-45

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 IV, V

Auf eine Kostenerstattung für eine in der **Schweiz** durchgeführte stationäre **Knie-TEP-Operation** besteht kein Anspruch.

SG Köln, Gerichtsb. v. 07.03.2022 - S 12 KR 150/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. Kosten nur bei ordnungsgemäßer Rechnung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.01.2023 - L 5 KR 533/20

RID 24-03-46

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 III, IIIa

Die **Erstattung von Kosten** setzt sowohl begrifflich wie nach Wortlaut und Zweck von § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V a.F. (wie auch nach § 13 Abs. 3 SGB V) voraus, dass dem Versicherten **Kosten entstanden** sind. Geht es - wie hier - um die Kosten einer ärztlichen Behandlung, so besteht ein Vergütungsanspruch des Arztes nur, wenn dem Patienten darüber eine **Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ** erteilt worden ist (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.01.2020 - L 11 KR 465/18 - juris Rn. 22 m.w.N., RID 20-03-78).

SG Duisburg, Urt. v. 10.07.2020 - S 39 KR 269/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2024 - **B 1 KR 24/22 R** - erfordert die begehrte **Genehmigung der Versorgung mit Cannabisblüten** nicht eine bereits ausgestellte vertragsärztliche Verordnung, und es spricht auch einiges dafür, dass die Kl. an einer schwerwiegenden Erkrankung leidet. Zur Behandlung der Kl. steht aber nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG die allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende **multimodale Schmerztherapie zur Verfügung**. Es bedarf daher einer **begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes**, nach der diese Leistung unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann. Eine solche, nur auf Plausibilität überprüfbare Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes, liegt nicht vor. Den vorgelegten Ausführungen des Vertragsarztes fehlt es an wesentlichen für eine Abwägung erforderlichen Angaben, ohne die eine Plausibilitätsprüfung nicht möglich ist. Eine Bezugnahme auf eine anderweitige Stellungnahme ersetzt die erforderliche eigene Abwägungsentscheidung grundsätzlich nicht. Die begründete Einschätzung des behandelnden Arztes ist Leistungsvoraussetzung und als solche - auch ohne gerichtlichen Hinweis - bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung vor dem LSG von der Versicherten beizubringen oder erforderlichenfalls zu ergänzen. Bis zuletzt fehlte auch die für die Genehmigung nach § 31 Abs. 6 SGB V erforderliche Angabe der beabsichtigten Einzel- und Tagesdosis. Eine den Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V begründende Genehmigungsfiktion ist deshalb schon mangels hinreichender Bestimmtheit des Antrags nicht eingetreten. Nach BSG, Urt. v. 20.03.2024 - **B 1 KR 36/22 R** - unterliegt der Anspruch Versicherter auf **Versorgung mit Arzneimitteln** (§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3, § 31 SGB V) dem **Qualitäts- und dem**

Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 2 Abs. 1 S. 3, § 12 Abs. 1 SGB V) und den im SGB V und im Arzneimittelgesetz dafür vorgesehenen Sicherungsmechanismen. Letztere fehlen weitgehend im Arzneimittelrecht für **Rezepturarzneimittel**. Das Rezepturarzneimittel **g-Strophanthin** wird auch nicht vom Erlaubnisvorbehalt des GBA gem. § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V erfasst, da es sich nicht um eine „neue“ Behandlungsmethode handelt. Die Wirksamkeit und **Unbedenklichkeit** dieses Rezepturarzneimittels ist deshalb von den Krankenkassen und - im Streitfall - von den **Sozialgerichten festzustellen**. Vorliegend hat das LSG nicht festgestellt, ob zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen in dem Sinne vorliegen, dass der Erfolg einer Behandlung in einer ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen belegt ist. Sollten valide Studien zur Wirksamkeit und Unbedenklichkeit fehlen, würde sich daraus kein Systemversagen ergeben. Ob die **Voraussetzungen des § 2 Abs. 1a SGB V** vorliegen, kann der Senat ebenfalls nicht abschließend entscheiden. Das Vorliegen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung wird - entgegen der Ansicht des LSG - nicht allein dadurch ausgeschlossen, dass sich ein tödlicher Krankheitsverlauf nach ärztlicher Einschätzung nicht vor Ablauf von zwei Jahren verwirklichen wird. Zur Beurteilung einer solchen Extremsituation sind vielmehr stets die **konkreten Umstände des Einzelfalls** heranzuziehen. Zu berücksichtigen ist etwa ein durch die Unumkehrbarkeit des tödlichen Krankheitsverlaufs verursachter spezifischer Zeitdruck. Dem Sinn und Zweck des § 2 Abs. 1a SGB V widerspräche es, einen Anspruch auf Behandlung mangels Zeitdruck zu verneinen, wenn jede spätere Behandlung zu spät käme und den Eintritt des Todes nicht mehr verhindern könnte. Das LSG wird daher Feststellungen zum aktuellen Zustand der Herzerkrankung, der Verlaufsprognose und zum Behandlungszeitfenster für die angestrebte Lebenserhaltung treffen müssen. Soweit das LSG festgestellt hat, dass die allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung im Falle der Klägerin nicht ausgeschöpft sei, ist der Senat daran nicht gebunden. Die Kl. hat dagegen zulässige und begründete Verfahrensrügen vorgebracht.

1. Versorgung mit medizinischem Cannabis zur Behandlung von Schmerzen

LSG Bayern, Urteil v. 22.04.2024 - L 20 KR 275/22

RID 24-03-47

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Leitsatz: Eine **Standardtherapie** steht gemäß § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 a) SGB V **nicht zur Verfügung**, wenn es sie generell nicht gibt, sie im konkreten Einzelfall ausscheidet, weil der Versicherte sie nachgewiesenermaßen nicht verträgt oder erhebliche gesundheitliche Risiken bestehen oder sie trotz ordnungsgemäßer Anwendung im Hinblick auf das beim Patienten angestrebte Behandlungsziel ohne Erfolg geblieben ist (Anschluss an BSG, Urt. v. 10.11.2022 - B 1 KR 28/21 R - BSGE 135, 89 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 31, juris Rn. 22; BSG, Urt. v. 10.11.2022 - B 1 KR 9/22 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 57, juris Rn. 22; BSG, Urt. v. 10.11.2022 - B 1 KR 19/22 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 33, juris Rn. 18).

Das Gesetz gesteht dem behandelnden Vertragsarzt zwar eine **Einschätzungsprärogative** zu, an die begründete Einschätzung sind indes hohe Anforderungen zu stellen (Anschluss an BSG, Urt. v. 10.11.2022 - B 1 KR 28/21 R - BSGE 135, 89 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 31, juris Rn. 24 ff.).

Krankenkassen und Gerichte dürfen die vom Vertragsarzt abgegebene **begründete Einschätzung** nur daraufhin **überprüfen**, ob die erforderlichen Angaben als Grundlage der Abwägung vollständig und inhaltlich nachvollziehbar sind, und das Abwägungsergebnis nicht völlig unplausibel ist (Anschluss an BSG, Urt. v. 10.11.2022 - B 1 KR 28/21 R - BSGE 135, 89 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 31, juris Rn. 37).

SG Nürnberg, Urt. v. 09.05.2022 - S 5 KR 95/21 - verpflichtete die Bekl., die Kl. ab dem 09.05.2022 mit Cannabismedikamenten entsprechend dem Arztfragebogen vom 03.08.2020 zu versorgen. Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Avastin (Bevacizumab)

SG Köln, Urteil v. 17.11.2022 - S 23 KR 1213/21

RID 24-03-48

www.juris.de

SGB V § 2 Ia

Für ein **Rezidiv eines Glioblastoms** besteht generell keine allgemein anerkannte, dem **medizinischen Standard entsprechende Leistung** mit eindeutiger wissenschaftlicher Evidenz zur Verfügung. Bei der Behandlung mit **Avastin (Bevacizumab)** besteht eine **nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die kl. Eltern von den Kosten für die Behandlung ihrer Tochter mit dem Arzneimittel Avastin (Bevacizumab) freizustellen.

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 18.04.2024 - **B 3 KR 13/22 R**, **B 3 KR 14/23 R** u. **B 3 KR 7/23 R** - kann ein Versicherter ein **Rollstuhlggerät** nicht schon zur **Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung** oder zur **Vorbeugung einer drohenden**

Behinderung beanspruchen. Dafür fehlt es bereits an dem vom Senat hierfür bislang vorausgesetzten engen Zusammenhang zu einer andauernden, auf einem ärztlichen Therapieplan beruhenden Behandlung durch ärztliche und ärztlich angeleitete Leistungserbringer. Dem stünde darüber hinaus jedenfalls derzeit auch die **Sperrwirkung des Methodenbewertungsvorbehalts** nach § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V entgegen. Ob Versicherte mit schweren Mobilitätsbeeinträchtigungen nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand die Versorgung mit Mobilitätshilfen bereits zu kurativen oder präventiven Zwecken beanspruchen können, weil in Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften und von Zentren für Querschnittsgelähmte entsprechende Bewegungsempfehlungen abgegeben wurden, kann in Orientierung an dem Schutzzweck des Methodenbewertungsvorbehalts im Hinblick auf medizinischen Nutzen, Voraussetzungen und Wirtschaftlichkeit **allein vom GBA beurteilt werden; soweit der Senat das in der Vergangenheit anders beurteilt hat, hält er daran nicht fest.** Dem Anspruch auf motorunterstützte Mobilitätshilfen zum Behinderungsausgleich stehen **Reichweite und Geschwindigkeit** der damit eröffneten Fortbewegung nicht entgegen, sofern der **Nahbereich der Wohnung mit eigener Körperkraft anders nicht zumutbar erschlossen werden kann.** St. Rspr. nach besteht im Rahmen der originären Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zum mittelbaren Behinderungsausgleich Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigen oder mindern und damit der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens und einem möglichst selbstbestimmten und selbständigen Leben dienen sollen. Das umfasst bei Verlust der körperlichen Gehfähigkeit solche - ausreichenden und den Anforderungen des Wirtschaftlichkeitsgebots genügenden - Hilfsmittel, die im Nahbereich der Wohnung ein Aufschließen zu den Möglichkeiten von Menschen ohne Mobilitätsbeeinträchtigung erlauben. Soweit der Senat daraus abgeleitet hat, dass ein Handbike mit einer motorisch unterstützten **Geschwindigkeit von bis zu 14 km/h das Maß des an durchschnittlicher Schrittgeschwindigkeit ausgerichteten Notwendigen überschreitet** und Versicherte im Erwachsenenalter eine fahrradgleiche mechanische Zugvorrichtung für ihren Rollstuhl nicht beanspruchen können, weil das Grundbedürfnis auf Erschließung eines gewissen körperlichen Freiraums nicht das Zurücklegen längerer Wegstrecken wie beim Radfahren, Joggen oder Wandern umfasse, **hält er daran nicht fest, soweit Versicherte den Nahbereich der Wohnung - sofern sie das wünschen - anders als mit einem solchen Hilfsmittel nicht zumutbar mit eigener Körperkraft erschließen können.** Für die Erschließung des **Nahbereichs** hat die gesetzliche Krankenversicherung beim mittelbaren Behinderungsausgleich nicht nur einzustehen, um die für übliche Alltagsgeschäfte maßgeblichen Orte trotz gesundheitsbedingt eingeschränkter Bewegungsfähigkeit erreichen zu können. Zu den in der Abgrenzung zu den Aufgaben anderer Rehabilitationsträger mit Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich zu befriedigenden allgemeinen Grundbedürfnissen rechnet vielmehr seit jeher auch das Bedürfnis, die **Alltagsverrichtungen in diesem Bereich nach Möglichkeit auch unter Einsatz der eigenen (Rest-)Kräfte bewältigen zu können.** Das ist Ausdruck der den Behinderungsausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung seit jeher leitenden personalen Autonomie, die in der Teilhabeorientierung des SGB IX sowie dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot des Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 GG in Verbindung mit dem Recht auf persönliche Mobilität nach Artikel 20 UN-Behindertenrechtskonvention zusätzliche Bekräftigung erhalten hat. Im Lichte dessen beinhalten die vom mittelbaren Behinderungsausgleich umfassten Grundbedürfnisse des Gehens, Stehens oder Greifens jenseits von im engeren Sinne spezifisch kurativen oder präventiven Zwecken auch das als elementar anzuerkennende (Grund-)Bedürfnis, sich als körperlich aktiver Mensch mindestens in einem - was die Mobilität betrifft - umgrenzten lokalen Bereich nach Möglichkeit unter Einsatz der eigenen (Rest-)Körperkraft erfahren und bewegen zu können. Ob der Nahbereich der Wohnung in diesem Sinne nur mit einer motorunterstützten Mobilitätshilfe mit eigener (Rest-)Körperkraft zumutbar erschlossen werden kann, bestimmt sich regelhaft **nach den örtlichen Gegebenheiten der erforderlichen Wege zu den wesentlichen Stellen der allgemeinen Versorgung** und der Gesunderhaltung **auch dann, wenn diese über die von nicht mobilitätsbeeinträchtigten Menschen üblicherweise zu Fuß zurückgelegte Entfernung hinausreichen; soweit der Senat das bisher anders gesehen hat, hält er daran** unter Berücksichtigung eines weithin veränderten Mobilitäts- und Bewegungsverhaltens **nicht mehr fest.** Mit dem seit langem verfolgten Kriterium des Nahbereichs der Wohnung konnte sich über lange Zeit typisierend die Vorstellung verbinden, dass in dem regelmäßig fußläufig erschlossenen Radius im Allgemeinen die maßgeblichen Alltagsgeschäfte im erforderlichen Maße erreicht und daher mit entsprechenden Mobilitätshilfen auch die elementaren Mobilitätsbedürfnisse im Übrigen ausreichend befriedigt werden können und so ein hinreichendes Aufschließen zu den Möglichkeiten nicht mobilitätsbeeinträchtigter Versicherter gewährleistet ist; schon immer schloss das Grundbedürfnis auf Bewegung im Nahbereich auch die Wege ein, die von besonderer Bedeutung für die physische und psychische Gesundheit sind, nämlich zur Aufrechterhaltung der körperlichen Vitalfunktionen und der Erschließung eines für die seelische Gesundheit elementaren Freiraums. Von einer ausreichenden Berücksichtigung dessen kann indes nicht mehr in gleicher Weise typisierend ausgegangen werden, nachdem sich **zwischenzeitlich einerseits die Angebotsstrukturen für die üblichen Alltagsverrichtungen der täglichen Versorgung erheblich verändert haben** und zugleich auch **der Anteil üblicherweise zu Fuß zurückgelegter Wegstrecken** - 2017 im Mittel 1,7 km täglich - **deutlich zurückgegangen** ist und sich **andererseits das Bewegungsverhalten im Übrigen vielfach auf Felder verlagert hat, die nicht mehr der Erledigung von Alltagsgeschäften zugeordnet werden können.** Unter Berücksichtigung dessen erscheint es dem Senat als geboten, dem in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Risiko des Verlusts der Gehfähigkeit jedenfalls beim Wunsch zur Fortbewegung auch unter Einsatz der eigenen Körperkraft **den Ausfall der für die Erledigung der üblichen Alltagsversorgungen erforderlichen Bewegungsmöglichkeiten weiter als bisher auch über übliche fußläufige Entfernungen hinaus zuzuordnen** und betroffenen Versicherten damit jedenfalls **in diesem Umfang eine Teilhabe an den Bewegungsmöglichkeiten zu eröffnen**, die nicht in ihrer Gehfähigkeit beeinträchtigten Versicherten offen stehen und - wenn auch nicht notwendig bei Erledigung der maßgeblichen Alltagsgeschäfte i.S.d. Rspr. zum mittelbaren Behinderungsausgleich - weithin auch im Interesse ihrer physischen und psychischen Gesundheit genutzt werden. Insofern bietet die Entfernung zu den üblichen Stellen der allgemeinen Versorgung und zur Gesunderhaltung nach den örtlichen Gegebenheiten - von besonders gelagerten Ausnahmefällen abgesehen - zur Überzeugung des Senats typisierend weiterhin einen angemessenen Anhaltspunkt dafür, für welches Grundbedürfnis im Bereich der Mobilität die gesetzliche Krankenversicherung in ihrer originären Leistungszuständigkeit für den Behinderungsausgleich zur Aufrechterhaltung der körperlichen Vitalfunktionen und der Erschließung eines für die seelische Gesundheit elementaren Freiraums im Rahmen der Erledigung der üblichen Alltagsgeschäfte einzustehen hat und inwiefern gehbeeinträchtigte Versicherte in einem Mindestmaß an den zwischenzeitlich

veränderten Bewegungsgewohnheiten vieler nicht mobilitätsbeeinträchtigter Personen teilhaben können, sofern sie den anzuerkennenden Nahbereich der Wohnung in Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts unter Einsatz ihrer Körperkraft erschließen möchten; ob das in gleicher Weise für rein motorgetriebene Mobilitätshilfen gilt, kann hier offenbleiben. Nach BSG, Urt. v. 18.04.2024 - **B 3 KR 17/22 R** - steht einem Anspruch auf Versorgung mit einer **Matratze, die zur Linderung von Schlafstörungen bei Kindern mit stark beeinträchtigter Mobilität beitragen soll**, derzeit die **Sperrwirkung des Methodenbewertungsvorbehalts** nach § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V entgegen. Stellen sich dementsprechend Fragen zur Erforderlichkeit einer Methodenbewertung durch den GBA ernstlich, entfaltet die Regelung des § 135 Abs. 1 SGB V vorwirkende Sperrwirkungen im Hinblick auf jedes in der gesetzlichen Krankenversicherung neu einzusetzende Hilfsmittel, solange das dazu berufene - und entsprechend interessenplural zusammengesetzte - Beschlussgremium des GBA noch nicht entschieden hat, ob dessen Einsatz gemessen an den Schutzzwecken des § 135 Abs. 1 SGB V einer Bewertung durch den GBA zu unterziehen ist oder ob sich die Voraussetzungen für die Versorgung und die dabei einzuhaltenden Maßgaben hinreichend sicher aus den bereits eingeführten Einzelementen der fraglichen Methode ableiten lassen. Hiernach kann die streitbefangene Lagerungsmatratze jedenfalls derzeit nicht beansprucht werden. Die Matratze zielt nach Funktionalität und Zwecksetzung **nicht auf den Ausgleich einer ausgefallenen Körperfunktion**, sondern auf eine **veränderte Körperwahrnehmung** und eine dadurch geminderte Muskelspannung der Kl. während der Schlafenszeit, um mangels anderer verfügbarer therapeutischer Ansätze jedenfalls so ihre Schlafbeschwerden durch Einwirkung auf menschliche physiologische Funktionen zu lindern. Entsprechend stützt der Hersteller den Nutzen der Lagerungsmatratze auf ein therapeutisches Wirkprinzip („Therapieform“). Ob es eines gesonderten Bewertungsverfahrens zu der Frage dieses medizinischen Nutzens der Lagerungsmatratze und - kann er als belegt angesehen werden - im Hinblick auf die Voraussetzungen ihrer Inanspruchnahme sowie der dafür gegebenenfalls in Betracht kommenden Krankheitsbilder bedarf, kann nach dem Schutzzweck der Regelung nur von dem dafür zuständigen Gremium des GBA selbst beurteilt werden. Das ist auch nicht wegen eines Seltenheitsfalls unbeachtlich, weil - wie schon das Angebot der Herstellerfirma zeigt - die streitbefangene Lagerungsmatratze nicht nur für Schlafbeschwerden wie im Fall der Kl. angeboten wird und mithin die Möglichkeit von Studien zu den ihr zugesprochenen Eigenschaften nach dem Wirkmechanismus der Lagerungsmatratze nicht auf Krankheitsbilder wie dem der Kl. beschränkt ist. Dass die Ein- und Durchschlafstörungen mit langen Wachphasen als Ausprägung des schwerwiegenden Grundleidens der Kl. selbst Krankheitswert haben, ändert an den vorstehenden rechtlichen Einordnungen nichts. Nach BSG, Urt. v. 18.04.2024 - **B 3 KR 16/22 R** - sind der Hilfsmittel-Richtlinie Vorgaben zum Brechungsindex bei therapeutischen **Sehhilfen zur Behebung des akkommodativen Schielens bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres** nicht zu entnehmen. Während die Hilfsmittel-Richtlinie bei anderen Indikationen für therapeutische Sehhilfen zur Verordnungsfähigkeit im Weiteren auf die Modalitäten der Abgabe von Brillengläsern zur Verbesserung der Sehschärfe verweist, enthält sie einen solchen Verweis beim akkommodativen Schielen nicht. Danach unterliegt die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mit Sehhilfen zur Behebung des akkommodativen Schielens **weder direkt noch mittelbar den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie zur Verbesserung der Sehschärfe**. Ausgehend von der nach Funktionalität unterscheidenden Betrachtung dient ein Hilfsmittel nach der Senatsrspr. der „Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung“, wenn es im Rahmen eines medizinisch-therapeutischen Ansatzes im Schwerpunkt zur Behandlung einer Erkrankung eingesetzt wird. Liegt es so, ist eine Sehhilfe zur Behandlung einer Augenerkrankung krankenversicherungsrechtlich auch dann keine Sehhilfe zum Behinderungsausgleich, wenn mit dem Ausgleich der Fehlsichtigkeit zugleich auch Zwecke des (unmittelbaren) Behinderungsausgleichs verfolgt werden. Deshalb kann Abgabeanforderungen für Brillengläser zur Verbesserung der Sehschärfe Bindungswirkung für die Versorgung mit therapeutischen Sehhilfen nur zukommen, soweit der Hilfsmittel-Richtlinie des GBA deren entsprechende Geltung in einer für die Zwecke der Massenverwaltung - nicht zuletzt im Interesse der anspruchsberechtigten Versicherten - hinreichend deutlichen Weise entnommen werden kann; dafür findet sich indes in Bezug auf den hier streitbefangenen Brechungsindex keine ausreichende Grundlage. Ob diese Vorgaben den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Fällen wie hier hinreichend Rechnung tragen, ist deshalb unbeachtlich.

1. Weiterer Aktivrollstuhl ohne Elektroantrieb

SG Heilbronn, Urteil v. 20.02.2024 - S 10 KR 2154/22

RID 24-03-49

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

Leitsatz: Ein Anspruch auf **Mehrfachausstattung** mit einem Hilfsmittel aus medizinischen Gründen kann bestehen, um ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen; ein Verweis des Versicherten auf weitere Pflegeleistungen scheidet dann aus.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem weiteren Aktivrollstuhl ohne Elektroantrieb, entsprechend dem Kostenvoranschlag vom 07.04.2022, zu versorgen.

2. Neuromodulationsanzug Exopulse Mollii Suit

a) Kein Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich

LSG Thüringen, Urteil v. 13.06.2024 - L 2 KR 473/23

RID 24-03-50

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

Leitsatz: Zum fehlenden Anspruch nach dem SGB V und dem SGB XI auf Versorgung mit dem **Neuromodulationsanzug Exopulse Mollii Suit**.

SG Altenburg, Urt. v. 25.05.2023 - S 4 KR 1729/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich

SG Potsdam, Urteil v. 15.02.2024 - S 3 KR 255/21

RID 24-03-51

www.juris.de

SGB V §§ 33 I, 135

Ist anhand einer Videodokumentation ersichtlich, dass es mit dem gewünschten **Mollii suit** - nach der Produktbeschreibung ein Medizinprodukt, dass für die transkutane Niederfrequenz-Ganzkörper-Elektrostimulation verwendet wird, um typische Folgeerkrankungen neurologischer Erkrankungen, wie z.B. multipler Sklerose, zu verringern - zu einer verbesserten Standsicherheit, einer Verbesserung des Gangbildes und einer Besserung des physiologischen Bewegungsablaufs gelangt, besteht ein Versorgungsanspruch. Es handelt sich um ein **Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich**, sodass eine fehlende positive Empfehlung des GBA keine Sperrwirkung gem. § 135 SGB V entfalten kann.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. entsprechend eines aktuellen Kostenvoranschlags der Firma S GmbH & Co. KG mit einem Mollii suit zu versorgen.

3. Computergesteuertes und motorunterstütztes Exoskelett

SG Aachen, Urteil v. 17.03.2023 - S 15 KR 68/19

RID 24-03-52

www.juris.de

SGB V § 33 I

Das **Hilfsmittel Exoskelett ReWalk** dient dem **unmittelbaren Behinderungsausgleich**, da diese Versorgung auf die Wiederherstellung der auf Grund der Querschnittslähmung ausgefallenen Funktion seines Stütz- und Bewegungsapparates, insb. betreffend die Fähigkeit zu gehen, zu stehen, sich hinzusetzen und wieder aufzustehen, zielt (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.02.2020 - L 5 KR 675/19 - RID 20-02-76).

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem Hilfsmittel einer ReWalk-Orthese (computergesteuertes und motorunterstütztes Exoskelett) des Herstellers ReWalk Robotics GmbH („ReWalk Personal 6.0“) mit der Hilfsmittel-Nr. 23.29.01.2001 zu versorgen.

4. Aufstehbett (Aufrichtbett)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.04.2024 - L 4 KR 186/23

RID 24-03-53

www.juris.de= www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: Ein **Aufstehbett (Aufrichtbett)** kann als Hilfsmittel der Sicherung der ärztlichen Krankenbehandlung und dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dienen oder ein Pflegehilfsmittel darstellen.

SG Frankfurt (Oder) v. 21.03.2023 - S 21 KR 713/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Hörgeräteversorgung

a) Gebrauchsvorteil bei 10% besserem Sprachverstehen im Freiburger Sprachtest

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 30.04.2024 - L 10 KR 215/21

RID 24-03-54

Revision zugelassen

www.juris.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Ein um **10% besseres Sprachverstehen** im Freiburger Sprachtest stellt - insbesondere bei an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit - einen objektiv messbaren wesentlichen **Gebrauchsvorteil** eines aufzahlungspflichtigen Hörgeräts gegenüber einem aufzahlungsfreien Hörgerät dar.

2. Ein Unterschied im Sprachverstehen von 10% zwischen einem aufzahlungsfreien und einem aufzahlungspflichtigen Hörsystem kann nicht durch einen **Vertrag** zur Versorgung mit Hörsystemen als **unbeachtliche Messtoleranz vereinbart** werden und dadurch anspruchsmindernd wirken.

SG Lübeck, Gerichtsb. v. 17.05.2021 - S 24 KR 828/19 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., den Bescheid vom 12.07.2016 zurückzunehmen, soweit dort eine Hörgeräteversorgung oberhalb des Festbetrags abgelehnt worden ist, und der Kl. die Kosten für eine selbstbeschaffte beidseitige Hörgeräteversorgung (Phonak Naida V90 UP) in Höhe von 3.321 € zu erstatten

b) Objektivierbarer Gebrauchsvorteil von 5% im Sprachverstehen unerheblich

LSG Sachsen, Urteil v. 04.04.2023 - L 9 KR 284/21

RID 24-03-55

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 6/24 R

www.juris.de

SGB V § 33 I

Erschöpft sich der **objektivierbare Gebrauchsvorteil** im Wesentlichen in einem zum Teil besseren Sprachverständnis sowohl im Nutz- als auch im Störschall **von 5%**, bedeutet dies angesichts des Umstandes, dass im Freiburger Sprachtest insgesamt 20 Wörter abgefragt werden, lediglich, dass die Versicherte mit dem selbstbeschafften Hörgerät jedes zwanzigste Wort besser verstehen konnte. Diese Abweichung ist **nicht wesentlich**. Sie stellt vielmehr die geringstmögliche mittels des Freiburger Sprachtests objektivierbare Abweichung bei der vergleichenden Anpassung von Hörgeräten dar. Mit anderen Worten: erachtete man bereits eine Abweichung von 5% im Sprachverstehen als erheblich, wäre eine unerhebliche Abweichung praktisch nahezu ausgeschlossen.

SG Leipzig, Gerichtsb. v. 09.08.2021 gab der Klage auf Erstattung von über dem Festbetrag liegenden Kosten für selbstbeschaffte Hörgeräte in Höhe von 3.981,42 € statt, das **LSG** wies die Klage ab.

c) Unbegründeter Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 25.04.2024 - L 4 KR 2893/23 ER-B

RID 24-03-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Der **Antrag** eines Ast., „ihn mit den bestmöglichen Hörgeräten zu versorgen“, **ist nicht hinreichend konkret**, wenn die Krankenkasse die Notwendigkeit der Hörgeräteversorgung nicht bestreitet.

SG Konstanz, Beschl. v. 04.10.2023 - S 8 KR 1540/23 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

6. Orthopädische Maßschuhe

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.06.2024 - L 1 KR 228/22

RID 24-03-57

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Orthopädische Maßschuhe sind nicht als Hilfsmittel zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder zum Ausgleich einer Behinderung erforderlich, wenn zur Erreichung der Ziele die **Versorgung mit Sondereinlagen** ausreicht.

SG Berlin, Urt. v. 12.05.2022 - S 32 KR 525/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. Propriozeptive Einlagen in Sonderanfertigung und Behandlungskonzept

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 01.06.2023 - L 4 KR 330/22

RID 24-03-58

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 12/23 R

www.juris.de

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 1, 33 I 1, 135 I 1

Nach BSG, Urt. v. 08.06.2015 - B 3 KR 5/14 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 47 m.w.N. ist dann, wenn ein **Hilfsmittel** im Rahmen der Krankenbehandlung deren Erfolg sichern soll, seine Verwendung - anders als etwa bei Hilfsmitteln, die dem Behinderungsausgleich dienen - nicht von dem zugrunde liegenden **Behandlungskonzept** und den dafür geltenden Anforderungen nach § 2 Abs. 1 S. 3, § 12 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V zu trennen. Insofern erfasst die **Sperrwirkung** des in § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V begründeten Leistungsverbotes mit Erlaubnisvorbehalt jegliche Maßnahme im Rahmen einer bei einem bestimmten Krankheitsbild systematisch angewandten Methode.

Sofern ein Hilfsmittel den Erfolg einer Krankenbehandlung im Sinne von § 33 Abs. 1 S. 1 1. Alt. SGB V sichern soll und dabei in einem untrennbaren Zusammenhang mit einer **neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode** (NUB) eingesetzt wird, ist Voraussetzung für einen Anspruch des Versicherten, dass die NUB durch den **GBA anerkannt** worden ist. Aber auch für das Hilfsmittel an sich gilt, dass dieses erst nach einer positiven Empfehlung des GBA in die Leistungspflicht der Krankenkassen fällt.

Im **Hilfsmittelverzeichnis** sind propriozeptive Einlagen mit dem Hinweis versehen, dass die erforderlichen **Nachweise zum medizinischen Nutzen nicht vorliegen** und darüber hinaus auch bei keiner Indikation die Behandlung mit sensomotorischen bzw. propriozeptiven Einlagen als dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend angesehen werden könne.

SG Hildesheim, Urt. v. 19.05.2022 - S 60 KR 300/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. UV-Schutzkleidung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 18.06.2024 - L 16 KR 14/22

RID 24-03-59

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Es fehlt schon ein wissenschaftlich gesicherter Nachweis, dass das Tragen spezieller **UV-Schutzkleidung** zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung bei einem **Lupus erythematoses** erforderlich ist.

Bei einer UV-Schutzkleidung handelt es sich um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**.

SG Hannover, Urt. v. 16.12.2021 - S 86 KR 2125/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

9. Mit einem Gebäude fest verbundener Plattformlift: Pflegehilfsmittel

SG Freiburg, Urteil v. 08.03.2024 - S 15 KR 1736/22

RID 24-03-60

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGB XI § 40

Leitsatz: Bei einem **mit einem Gebäude fest verbundenen Plattformlift**, der die selbständige Lebensführung eines Pflegebedürftigen ermöglicht und ohne maßgeblichen Substanzverlust wieder entfernt und an einem anderen Gebäude befestigt werden kann, handelt es sich nicht um ein Hilfsmittel i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V, sondern um ein **Pflegehilfsmittel** i.S.d. § 40 Abs. 1 SGB XI, das nicht der für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen einschlägigen Zuschussbeschränkung des § 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI unterfällt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. unter Rücknahme des bestandskräftigen Bescheides vom 14.08.2020 die für die Beschaffung des Plattformlifts aufgewendeten Kosten in Höhe von 10.200 € zu erstatten.

10. Inkontinenzhilfen (Windeln bzw. Windelhosen)

SG Frankfurt a. M., Urteil v. 08.03.2024 - S 34 KR 850/21

RID 24-03-61

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III 1, 33 I

Eine sehr starke Inkontinenz als Folge einer Darmkrebserkrankung stellt eine Behinderung dar. Aus § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V ergibt sich ein Anspruch auf passgerechte und mängelfreie **Inkontinenzhilfen** in der ausreichenden Stückzahl.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten der verauslagten Inkontinenzhilfen „Attends Slip Regular M10“, 4 Stück pro Tag, und „Better Dry M10“, 1 Stück pro Nacht, abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung im

Zeitraum 01.05.2021 bis 31.03.2024 zu erstatten und den Kl. ab April 2024 mit den genannten Produkten abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung zu versorgen.

VI. Heilmittel

1. Genehmigung einer langfristigen Therapie in Form von manueller Therapie

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.04.2024 - L 5 KR 352/21

RID 24-03-62

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 32; HeilM-RL § 8

Ein „immer wieder“ auftretender **Behandlungsbedarf** begründet noch keinen Anspruch auf Genehmigung einer **langfristigen Heilmittelbehandlung** in Form von manueller Therapie (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.06.2020 - L 11 KR 4345/19 - RID 20-03-89). Die von § 8 Abs. 5 S. 2 HeilM-RL geforderte Vergleichbarkeit der Schädigungen mit denen der Anlage 2 muss sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch der Diagnosegruppe bzw. des Indikationsschlüssels gegeben sein (LSG Bayern, Urt. v. 20.04.2021 - L 5 KR 270/20 - RID 21-03-89).

SG Dortmund, Urt. v. 19.03.2021 - S 39 KR 1163/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VII. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 16.05.2024 - **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 Abs. 5 SGB V zu übernehmen haben. Die Krankenkasse ist auch nicht als erstangegangener Leistungsträger nach § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX zur Erstattung der Fahrkosten verpflichtet. Auch hier fehlt es an einer von § 28 Abs. 1 SGB VI, § 64 Abs. 1 SGB IX vorausgesetzten Leistung zur medizinischen Reha.

1. Anspruch auf Schulbegleitung bei Diabetes

SG Darmstadt, Beschluss v. 04.12.2023 - S 10 KR 423/23 ER

RID 24-03-63

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 37 II 1, 37c; SGB IX § 14; SGG § 86b II

Leitsatz: Der Anspruch auf **Schulbegleitung** bei **Diabetes** ergibt sich aus § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege einer einstweiligen Anordnung, dem Ast. ab dem 04.12.2023 bis zum 07.02.2024 oder einer vorherigen rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache die ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (Sicherungspflege) für den Schulbesuch in der D-Schule von Montag bis Freitag von 08.00 Uhr bis 12.25 Uhr zur Verfügung zu stellen.

2. Leistungen der außerklinischen Intensivpflege

a) Umfang außerklinischer Intensivpflege bei Tracheostoma

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 31.07.2024 - L 14 KR 188/24 B ER

RID 24-03-64

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 37c, 132I

Leitsatz: 1. Einzelfall zu einem Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen eines **Antrags auf einstweilige Anordnung**.

2. Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer **außerklinischen Intensivpflege** kann nicht allein auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines **Tracheostomas** abgestellt werden (§ 4 Abs. 2 AKI-RL).

SG Frankfurt (Oder), Beschl. v. 13.06.2024 - S 43 KR 51/24 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) Übernahme bzw. Erstattung der Kosten für selbstbeschaffte und beschäftigte Pflegekräfte

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 04.07.2024 - L 4 KR 116/24 B ER
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37c; SGG § 86b II

RID 24-03-65

Leitsatz: Zur Gewährung von **Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V** im einstweiligen Rechtsschutzverfahren.

SG Neuruppin, Beschl. v. 21.04.2024 - S 32 KR 3/24 ER - verpflichtete im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. vorläufig für die Zeit v. 22.03.2024 bis zum 15.04.2024, längstens jedoch bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache, häusliche Krankenpflege in Form der Interventionsbereitschaft durch eine Fachkraft für 12 Stunden täglich an sieben Tagen pro Woche zu gewähren. Für den Fall der bis zum 15.04.2024 erfolgenden Vorlage einer Folgeverordnung für häusliche Krankenpflege verpflichtete das SG die Ag. auch für den Zeitraum v. 16.04.2024 bis zum 30.06.2024 im gleichen Umfang. Im Übrigen lehnte es den Eilantrag des Ast. ab. Das **LSG** verpflichtete auf die Beschwerde des Ast. die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. für den Zeitraum v. 24.05.2024 bis zum 31.12.2024, längstens jedoch bis zum rechtskräftigen Abschluss des beim SG Neuruppin anhängigen Hauptsacheverfahrens S 32 KR 88/23, vorläufig die tatsächlichen Kosten für Leistungen der außerklinischen Intensivpflege durch selbstbeschaffte, im Arbeitgebermodell beschäftigte Pflegekräfte, höchstens jedoch Kosten in Höhe von monatlich 13.313,43 €, zu erstatten. Im Übrigen wies es die Beschwerden zurück.

3. Haushaltshilfe: Zuständiger Leistungsträger/Rückwirkende Feststellung des Pflegegrades

SG Darmstadt, Urteil v. 22.05.2024 - S 8 KR 496/21
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 38; SGB I § 16; SGB XII § 18 I

RID 24-03-66

Leitsatz: 1. Eine **rückwirkende Feststellung des Pflegegrades 3** kann den Anspruch auf **Haushaltshilfe** ausschließen. Es kommt insoweit nicht darauf an, dass zum Zeitpunkt der Beantragung einer Haushaltshilfe der Pflegegrad 2 - 5 bereits festgestellt worden ist. Ausreichend ist auch eine rückwirkende Feststellung.

2. Krankenkassen sind im Grundsatz der zuständige **Leistungsträger** für die Gewährung einer **Haushaltshilfe** in der Folge einer Krankenbehandlung, sofern ihre Zuständigkeit nicht offensichtlich ausgeschlossen ist.

3. Soweit eine Krankenkasse Leistungen für eine Haushaltshilfe erbringt, ist ihre Zuständigkeit gegeben. Eine **Weiterleitung als unzuständiger Leistungsträger** nach § 16 SGB I an den zuständigen Sozialhilfeleistungsträger drängt sich demgegenüber nicht auf.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. Rehabilitation

a) Stationäre Rehabilitationsmaßnahme: Orthopädische anstatt geriatrische Maßnahme

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 08.05.2024 - L 1 KR 75/24 B ER
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 40

RID 24-03-67

Wird ausdrücklich **keine geriatrische**, sondern eine **orthopädische Maßnahme verordnet**, kann die Rehabilitationsprognose im **Eilverfahren** nicht mit dem Verweis auf bloße allgemeine Umstände erschüttert werden.

SG Frankfurt (Oder), Beschl. v. 15.02.2024 - S 27 KR 357/23 ER - verpflichtete die Ag. im Wege einer einstweiligen Anordnung, dem Ast. ordnungsgemäß Leistungen in Form einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer geeigneten orthopädischen Rehabilitationseinrichtung zu gewähren. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) Medizinische Rehabilitation im EU-Ausland

SG Berlin, Urteil v. 01.12.2022 - S 210 KR 701/22

RID 24-03-68

www.juris.de= www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 40; SGB IX § 8; EGV 883/2004 Art. 20

Leitsatz: Der Anspruch auf die Teilnahme an einer **medizinischen Rehabilitation im EU-Ausland** (hier: Bimanual Intensive Movement Therapy [BIMT] für Patienten mit unilateraler Zerebralparese) kann sich aus der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, zuletzt geändert durch Art. 45 der Verordnung (EU) 2019/1149 vom 20.6.2019, ergeben, wenn die Leistung in Deutschland nicht angeboten wird.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Teilnahme an der Rehabilitationsmaßnahme „...“ des Rehabilitationsträgers in den Niederlanden zu genehmigen.

VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B 1 KR 18/23**, **B 1 KR 24/24 R**, **B 1 KR 25/24 R** und **B 1 KR 23/24 R** - steht der **Aufrechnung** einer Krankenkasse nicht das **Aufrechnungsverbot** nach § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V entgegen. Die in der **Übergangsprüfverfahrensvereinbarung** für einen Übergangszeitraum geregelte Weitergeltung der Aufrechnungsmöglichkeit nach der Prüfverfahrensvereinbarung 2016 ist mit höherrangigem Recht vereinbar. § 109 Abs. 6 S. 3 SGB V erlaubt nicht nur die Vereinbarung von Ausnahmen zum Aufrechnungsverbot, sondern lässt abweichende Regelungen grundsätzlich zu. Damit überlässt der Gesetzgeber die Realisierung des Aufrechnungsverbots letztlich den Vereinbarungspartnern, stärkt aber durch die Normierung des Aufrechnungsverbots die Verhandlungsposition der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Vereinbarung, das Aufrechnungsverbot übergangsweise zu suspendieren, überschreitet die Grenzen des den Vertragsparteien der Prüfverfahrensvereinbarung zugewiesenen normvertraglichen Gestaltungsspielraums jedenfalls nicht. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B 1 KR 33/23 R** - setzt die Wirksamkeit der **Aufrechnung** nach § 10 S. 1 PrüfV 2016 die fristgerechte **Mitteilung des bezifferten Erstattungsanspruchs** nach § 8 PrüfV 2016 voraus. Die bloße Bezifferbarkeit anhand der von der Krankenkasse mitgeteilten abschließenden Entscheidung ist nicht ausreichend. Dem Berufen der Klägerin auf die fehlende Bezifferung des Erstattungsanspruchs könnte jedoch der **Einwand unzulässiger Rechtsausübung** entgegenstehen. Hat ein Krankenhaus in der Vergangenheit jedenfalls wiederholt Aufrechnungen einer Krankenkasse ohne Bezifferung des Erstattungsanspruchs akzeptiert, kann es treuwidrig sein, wenn es sich ohne vorherige Ankündigung erstmals nach Ablauf der Ausschlussfrist auf das Fehlen der fristgerechten Bezifferung des Erstattungsanspruchs beruft. Die Ankündigung muss ausdrücklich oder konkludent erkennen lassen, dass eine Beanstandung nicht nur in einem Einzelfall vorliegt, sondern für die Zukunft alle Abrechnungsfälle betreffen soll. Hierzu hat das Landessozialgericht keine Feststellungen getroffen. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B 1 KR 23/23** - entsteht der **Anspruch auf die Aufwandspauschale**, sobald eine Abrechnungsminderung bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise jedenfalls faktisch ausgeschlossen ist. Die Richtigkeit des vom Krankenhaus abgerechneten Betrages ist insofern ohne Belang. Der Eintritt einer Abrechnungsminderung ist ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse wie hier in einem gerichtlichen Verfahren den ungeminderten Abrechnungsbetrag anerkennt. Der Anspruch entsteht **erst mit dem Zugang** des von der Bekl. abgegebenen **Anerkennnisses** beim Sozialgericht. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B 1 KR 23/23** - entsteht der **Anspruch auf die Aufwandspauschale**, sobald eine Abrechnungsminderung bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise jedenfalls faktisch ausgeschlossen ist. Die Richtigkeit des vom Krankenhaus abgerechneten Betrages ist insofern ohne Belang. Der Eintritt einer Abrechnungsminderung ist ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse wie hier in einem gerichtlichen Verfahren den ungeminderten Abrechnungsbetrag anerkennt. Der Anspruch entsteht **erst mit dem Zugang** des von der Bekl. abgegebenen **Anerkennnisses** beim Sozialgericht. Nach BSG, Urt. v. 25.06.2024 - **B 1 KR 12/23** - wird eine **landesvertragliche Regelung**, in der die Abrechnung einer **Erstuntersuchung im Krankenhaus ohne Einweisungsverordnung wie eine vorstationäre Behandlung** erlaubt wird (hier: § 4 Abs. 6 S. 3 des Hamburger Krankenhausvertrags), von der **Regelungskompetenz der Vertragspartner** nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB V nicht erfasst. Danach sind die Vertragspartner auf Landesebene nicht ermächtigt, über die im Krankenhausentgeltgesetz festgelegten Entgeltarten hinausgehende Entgeltatbestände für allgemeine Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser festzulegen. Nach BSG, Urt. v. 25.06.2024 - **B 1 KR 20/23** - erfordert die von OPS 8-980 (Version 2015) verlangte Behandlungsleitung durch einen **Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“** bei einer **intensivmedizinischen Behandlung**, dass ein solcher Facharzt **zumindest einmal täglich persönlich auf der Intensivstation anwesend** ist und im Übrigen eine **durchgehende Rufbereitschaft** besteht. Dies folgt aus einer eng am Wortlaut orientierten und durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung des OPS 8-980. Dabei sind auch die Besonderheiten der intensivmedizinischen Behandlung zu berücksichtigen, bei der behandlungsleitende Entscheidungen auch unvorhergesehen zu jeder Zeit kurzfristig erforderlich werden können.

Nach BSG, Urt. v. 16.05.2024 - **B 1 KR 29/22 R** – ist in Fortführung der Rspr. zu den Grundlagen und Voraussetzungen eines **Schadensersatzanspruchs der Krankenkasse im Zusammenhang mit einer Verlegung** BSG, Urt. v. 07.03.2023 - **B 1 KR 4/22 R** - SozR 4-2500 § 69 Nr. 12 Rn. 27 ff., = BSGE 135, 292) betont der Senat den aus der Behandlungspflicht folgenden **grundsätzlichen Vorrang einer medizinisch möglichen Weiterbehandlung im eigenen Haus gegenüber einer grundlosen Verlegung**. Aufgrund dieses Vorrangverhältnisses erfordert eine Weiterbehandlung im eigenen Haus grundsätzlich nicht die Prüfung, ob eine Verlegung wirtschaftlicher wäre. Eine solche **Wirtschaftlichkeitsprüfung** ist auch dann nicht erforderlich, wenn die Verlegung durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt ist. Neben zwingenden medizinischen Gründen kann eine Verlegung auch durch zwingende Gründe in der Person des Versicherten oder - beispielsweise in einem mehrstufigen Krankenhausversorgungssystem - durch übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gerechtfertigt sein. Verlegt ein Krankenhaus einen Patienten aber ohne sachlichen Grund, dann trägt es in der Regel das Risiko dadurch verursachter Mehrkosten. Eine schuldhafte (Behandlungs-)Pflichtverletzung des Krankenhauses

scheidet in einem solchen Fall nur aus, wenn das grundlos verlegende Krankenhaus trotz sorgfältiger Wirtschaftlichkeitsprüfung ausnahmsweise davon ausgehen durfte, die Verlegung werde keine Mehrkosten verursachen. Nicht entscheidend ist demgegenüber, ob das verlegende Krankenhaus die entstehenden Kosten im Einzelnen im Voraus abschätzen konnte.

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2024 - **B 1 KR 37/22 R** - liegt eine **Inanspruchnahme der besonderen Mittel des Krankenhauses** auch dann vor, wenn diese während der ärztlichen Behandlung wegen des Risikos schwerwiegender Komplikationen für die Versicherte **exklusiv vor- und freigehalten** werden. Dies war hier der Fall. Der an den Kreißsaal angeschlossene Operationssaal samt bereitstehendem Operationsteam wurde exklusiv für die Versicherte geblockt. Für eine ambulante Erbringung der Leistung im Krankenhaus hätte zudem keine rechtlich zulässige Möglichkeit zur Verfügung gestanden. Die stationäre Behandlung war auch medizinisch erforderlich, um der schwangeren Versicherten eine risikoarme spontane vaginale Geburt in der hierfür günstigen Schädellage zu ermöglichen. Für die Durchführung der äußeren Wendung bedurfte es der besonderen Mittel des Krankenhauses, da es dem aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse entspricht, diese Behandlung wegen der damit einhergehenden lebensbedrohlichen Risiken nur in Sectiobereitschaft durchzuführen. Maßgeblich für die Abgrenzung zwischen voll- und teilstationärer Behandlung ist **die zeitliche Behandlungsprognose zum Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung**. Eine **teilstationäre Behandlung** liegt vor, wenn eine zeitliche Begrenzung der Krankenhausbehandlung auf eine Tages- oder Nachtbehandlung von vornherein entsprechend geplant wird oder der Behandlungsplan insoweit offen ist, als erst zu einem späteren Zeitpunkt über die Fortsetzung der teilstationären Behandlung als vollstationäre Behandlung entschieden werden soll. Eine **vollstationäre Behandlung** liegt dagegen vor, wenn der Behandlungsplan von Anfang an eine Behandlung über Nacht vorsieht. Hierzu hat das LSG keine Feststellungen getroffen. Für den Fall, dass es sich um eine vollstationäre Behandlung handelte, sind vom LSG auch noch Feststellungen dazu zu treffen, ob diese - etwa wegen drohender Spätkomplikationen oder fehlender Compliance der Versicherten - medizinisch erforderlich war, oder ob eine teilstationäre Behandlung ausreichend gewesen wäre. Für den Fall einer teilstationären Behandlung fehlen noch Feststellungen zum Bestehen eines entsprechenden Versorgungsauftrags der Kl. und zur Höhe des Vergütungsanspruchs. Nach BSG, Urt. v. 20.03.2024 - **B 1 KR 41/22 R** - setzt der ICD-Kode L89.38 einen **Dekubitus** voraus, der hier nicht vorlag. Ein Dekubitus im Sinne dieses **Kodes erfordert eine durch Druckbelastung verursachte Gewebeschädigung**. Dies folgt aus einer bei Abrechnungsbestimmungen gebotenen eng am Wortlaut orientierten und durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung des ICD-Kodes. Nichts anderes folgt aus der Auslegung von 0401h der Deutschen Kodierrichtlinien. Ob die vorliegende Erkrankung und die durchgeführte Behandlung durch diese Kodierung adäquat abgebildet werden, ist für die Auslegung unerheblich. Denn Abrechnungsbestimmungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden. Nach BSG, Urt. v. 12.12.2023 - **B 1 KR 32/22 R** - stand der Krankenkasse ein **Anspruch auf Erstattung der gezahlten Aufwandspauschale** zu. Krankenkassen waren nach der Rspr. des Senats nicht verpflichtet, für **vor dem 01.01.2016** eingeleitete **sachlich-rechnerische Prüfungen** Aufwandspauschalen zu zahlen. Der Aufrechnung durch die Krankenkasse stand nicht das **Verbot unzulässiger Rechtsausübung** entgegen. Allein bloßes Zuwarten - also Nichtstun - stellt grundsätzlich kein Verwirkungsverhalten dar. Die Aufrechnung der Krankenkasse ist auch nicht nach § 325 SGB V a.F. ausgeschlossen. Die Vorschrift umfasst Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung geleisteter „Vergütungen“. Die Aufwandspauschale ist aber **keine Vergütung** in diesem Sinne. Die Voraussetzungen einer Analogie bestehen nicht. Der Gesetzgeber bewegt sich mit der rückwirkenden Inkraftsetzung der Norm auf verfassungsrechtlich sensiblen 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, Urt. v. 12.12.2023 - **B 1 KR 1/23 R** - hat das Krankenhaus den Behandlungsfall **zu Unrecht** mit der **Nebendiagnose R09.2** (ICD-10-GM, Version 2014) kodiert, die die höher vergütete DRG F62A ansteuert. Das alphabetische Verzeichnis unterstützt lediglich die Verschlüsselung nach dem systematischen Verzeichnis. Bei einem - wie hier - vorliegenden Widerspruch beider Verzeichnisse ist deshalb das systematische Verzeichnis maßgeblich. Exklusiva regeln verbindlich nur den Ausschluss der Kodierung an der betreffenden Stelle. Das Exklusivum ist aber nicht geeignet, die Einschlägigkeit des in Klammern angegebenen Codes entgegen seinem eindeutigen Wortlaut zu begründen. Das Krankenhaus kann den geltend gemachten Zahlungsanspruch auch nicht auf § 15 Abs. 1 S. 1 des Nordrhein-Westfälischen Landesvertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung stützen. Das LSG hat diese Vorschrift als Fälligkeitsregelung angesehen und dahingehend ausgelegt, dass die Krankenkasse grundsätzlich verpflichtet ist, den - unter Erfüllung der Mitwirkungsobliegenheiten nach § 301 SGB V - formal ordnungsgemäß in Rechnung gestellten Betrag innerhalb der dort bestimmten Frist zu zahlen. Die Krankenkasse sei aber nicht zur Zahlung zu verurteilen, wenn sie im Verlaufe eines gerichtlichen Verfahrens oder bereits davor - nicht notwendig innerhalb der kurzen Zahlungsfrist - ihre Einwände spezifiziere. An diese **Auslegung** und Anwendung des nordrhein-westfälischen Landesvertrages **durch das LSG** ist der erkennende Senat **gebunden**. Sie ist mit **höherrangigem Recht vereinbar**. § 112 Abs. 1 und Abs. 2 S. 1 Nr. 1b SGB V ermächtigt die Vertragspartner unter anderem, kurze Zahlungsfristen für die Begleichung der Krankenhausrechnung zu vereinbaren. Diese sind Ausdruck des mit der Vorleistungspflicht der Krankenhäuser korrespondierenden kompensatorischen Beschleunigungsgebots. Dieses verwehrt es der Krankenkasse u.a., vorläufige Vergütungszahlungen unter Verweis auf eine noch nicht abgeschlossene Prüfung zu verweigern. Es kann der Krankenkasse nach der Rspr. des Senats dagegen nicht verwehrt werden, die Zahlung der Krankenhausvergütung zu verweigern, wenn für sie feststeht, dass kein Vergütungsanspruch besteht. Sie ist - wie der Senat bereits entschieden hat - **nicht verpflichtet, ein Prüfverfahren durchzuführen**, und sie muss sich auch nicht auf die **Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs**

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

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Beweislast für stationären Aufenthalt

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.02.2024 - L 11 KR 122/23 KH

RID 24-03-69

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39 I

Kann nicht zur vollen Überzeugung des Gerichts - d.h. jenseits gewichtiger Zweifel - festgestellt werden, dass der **stationäre Aufenthalt** (hier: notfallmäßige Aufnahme des Versicherten, nachdem dieser sich nach einer Einweisung durch einen HNO-Arzt mit einer seit einer Woche rezidivierenden Epistaxis <Nasenbluten> vorgestellt hatte) durch medizinische Erfordernisse **gerechtfertigt** gewesen ist, so geht dies zulasten des kl. Krankenhauses.

SG Detmold, Urt. v. 22.12.2022 - S 24 KR 1715/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Stationäre Reha-Notfallbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Reha-Platz

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 07.12.2023 - L 4 KR 450/21

RID 24-03-70

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 21/24 R

www.juris.de

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Versorgt ein Krankenhaus einen Versicherten, der **keiner Krankenhausbehandlung mehr bedarf**, weiter stationär, weil er **stationärer medizinischer Rehabilitation** bedarf, aber **nicht erhält**, richtet sich dann der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die sog. Notfall-Reha grundsätzlich gegen die Krankenkasse des Versicherten und nicht gegen den zuständigen Reha-Träger.

SG Osnabrück, Gerichtsbb. v. 17.08.2021 - S 48 KR 28/20 KH - verurteilte die Bekl., der Kl. 4.796,27 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen als Notfall

SG Mainz, Urteil v. 26.06.2024 - S 7 KR 531/21

RID 24-03-71

www.juris.de

SGB V §§ 39 Ia 1, 76 I 2

Leitsatz: 1. Im Rahmen des **Entlassmanagements** ist das Krankenhaus in erster Linie nur zur rechtzeitigen Mitteilung geeigneter Rehabilitationseinrichtungen zur **Anschlussrehabilitation** gegenüber der Krankenkasse verpflichtet.

2. Die **Suche eines Rehabilitationsplatzes** wiederum ist zuvörderst Aufgabe des Rehabilitationsträgers.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 11.911,90 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

d) Erforderlichkeit einer Rehabilitations- anstatt Krankenhausbehandlung

SG Ulm, Urteil v. 27.05.2024 - S 10 KR 3027/21

RID 24-03-72

www.juris.de

SGB V §§ 39, 40; PrüfvV 2016 § 8

Leitsatz: 1. Für die **Darlegung der wesentlichen Gründe** im Rahmen der nach § 8 PrüfvV 2017 zu treffenden Leistungsentscheidung kann es ausreichend sein, wenn sich die Krankenkasse im Wesentlichen auf die Ausführungen von Gutachtern des MDK bzw. MD bezieht, soweit für das Krankenhaus deutlich wird, warum ein Erstattungsanspruch nach Auffassung der Krankenkasse bestehen soll.

2. Soweit im Einzelfall die tatsächlich durchgeführte **vollstationäre Krankenhausbehandlung** nicht erforderlich gewesen ist, jedoch eine **stationäre Rehabilitationsbehandlung erforderlich** gewesen wäre, sind die **Grundsätze des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens** nicht anwendbar. In einer solchen Konstellation kommt ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses nur dann in Betracht, wenn die Voraussetzungen des Notfallrehabilitationsvergütungsanspruches vorliegen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 68,81 € nebst Zinsen zu bezahlen. Im Übrigen wies es die Klage (auf Zahlung von 18.543,12 €) ab.

e) Nichterfüllung von Anforderungen einer Qualitätssicherungsrichtlinie

SG Magdeburg, Urteil v. 18.06.2024 - S 25 KR 136/18

RID 24-03-73

www.juris.de

SGB V § 137

Leitsatz: Das **Unterlassen des G-BA**, erforderliche **Regelungen** im Sinne des § 137 Abs. 1 SGB V **aufzustellen**, führt bei Fallgestaltungen, die einen Zeitraum nach dem 01.01.2016 betreffen, nicht mehr zu einem automatischen **Wegfall des Vergütungsanspruchs**, wenn **Anforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien nicht erfüllt** werden.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 553.644,06 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Informationspflicht bei einer nicht regelhaft ambulant zu erbringenden Leistung

SG Altenburg, Urteil v. 18.03.2024 - S 23 KR 1119/22

RID 24-03-74

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: 1. Grundvoraussetzung der **Fälligkeit** eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten ist eine formal **ordnungsgemäße Abrechnung**. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten voraus, insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen (u.a. BSG, Urt. v. 21.04.2015 - B 1 KR 10/15 R - NZS 2015, 578 = KHE 2015/29).

2. Im Fall einer **nicht regelhaft ambulant zu erbringenden Leistung** begründet allein der Umstand, dass ein Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) der abgerechneten stationären Versorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als „auch ambulant“ abrechenbar abgebildet ist, keine Verpflichtung des Krankenhauses zu weitergehenden Informationen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V zum „Grund der Aufnahme“ außerhalb eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.907,56 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Aufrechnung

aa) Aufrechnungsverbot beseitigt Aufrechnungsregel des § 10 S. 1 PrüfvV 2016

SG Halle, Urteil v. 25.06.2024 - S 17 KR 1209/21

RID 24-03-75

www.juris.de

SGB V § 109 VI 3

Die pauschale in Art. 1 Abs. 1 ÜbergVerPrüfvV enthaltene Anordnung der Fortgeltung der PrüfvV 2016 beinhaltet keine abweichende Regelung im Sinne des § 109 Abs. 6 S. 3 SGB V. Die **Aufrechnungsregel des § 10 S. 1 PrüfvV 2016** steht dem **Aufrechnungsverbot** des § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V nicht entgegen. Sie räumte bereits vor Geltung des Art. 1 Abs. 1 ÜbergVerPrüfvV den Krankenkassen kein Recht zur Aufrechnung ein. Vielmehr beschränkte sie das bereits nach den Maßgaben des § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 387 ff. BGB bestehende Recht zur Aufrechnung.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 9.492,13 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen

LSG Bayern, Urteil v. 13.05.2024 - L 20 KR 509/22

RID 24-03-76

Revision anhängig: B 1 KR 23/24 R, Termin: 28.08.2024

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 109 VI, 275c I 1; KHG § 17c II; BFB §§ 387 ff.

Leitsatz: 1. § 159 Abs. 1 Nr. 1 SGG ist entsprechend anwendbar, wenn das **SG** zwar in der Sache selbst, aber aus Gründen, die das LSG nicht für zutreffend hält (hier: die Möglichkeit der Aufrechnung gegen eine Krankenhausvergütung), die Klage abgewiesen und zu den eigentlichen Sachfragen (hier: primäre Fehlbelegung) nicht Stellung genommen hat, weil es in einer rechtlichen Vorfrage die Weiche falsch gestellt hat.

2. **Krankenkassen** waren in der Zeit vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2021 nach § 109 Abs. 6 Satz 3 i.V.m. Art. 1 Sätze 2 und 3 der Übergangsvereinbarung zur Prüfverfahrensvereinbarung vom 10.12.2019 i.V.m. § 10 Prüfverfahrensvereinbarung zur **Aufrechnung** berechtigt.

3. Der Anwendbarkeit der **Übergangsvereinbarung** zur Prüfverfahrensvereinbarung vom 10.12.2019 steht es nicht entgegen, wenn die Krankenkasse mit einer Forderung aufgerechnet hat, die selbst **nicht Gegenstand eines Prüfverfahrens des Medizinischen Dienstes** gewesen ist.

SG Nürnberg, Urt. v. 09.11.2022 - S 18 KR 705/21 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.943,47 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** hob das Urteil auf und verwies die Sache an das SG zurück.

Parallelverfahren:

LSG Bayern, Urteil v. 13.05.2024 - L 20 KR 265/23

RID 24-03-77

Revision anhängig: B 1 KR 24/24 R, Termin: 28.08.2024

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Bayern, Urteil v. 13.05.2024 - L 20 KR 309/23

RID 24-03-78

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Bayern, Urteil v. 13.05.2024 - L 20 KR 287/23

RID 24-03-79

Revision anhängig: B 1 KR 25/24 R, Termin: 28.08.2024

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

h) Behandlungskosten eines Strafhäftlings nach Entweichen aus dem offenen Vollzug

SG Hannover, Urteil v. 31.01.2024 - S 11 KR 285/19

RID 24-03-80

www.juris.de

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

Ein **Häftling** wird mit seinem Entweichen aus dem offenen Vollzug bei der **Krankenkasse** in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V versicherungspflichtig, wenn er zuletzt gesetzlich krankenversichert war. Mit der Nichtrückkehr aus dem offenen Strafvollzug wird die Strafvollstreckung unterbrochen und besteht kein Anspruch mehr auf Gesundheitsfürsorge gegen die Vollzugsbehörde.

Das **SG** wies die Klage ab.

i) Kein Ausschluss aus der obligatorischen Anschlussversicherung durch Krankenkasse

SG Berlin, Urteil v. 08.06.2024 - S 112 KR 2121/21

RID 24-03-81

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 16/24 R

www.juris.de

SGB V §§ 5 I Nr. 13, VIIIa, 188 IV; SGB XII § 2 I

Leitsatz: 1. Ein **Ausschluss aus der obligatorischen Anschlussversicherung** (§ 188 Abs. 4 SGB V) besteht in entsprechender Anwendung von § 5 Abs. 8a S. 2 i.V.m. S. 1 SGB V für Empfänger laufender Leistungen der **Grundsicherung** nach dem SGB XII. Dies setzt regelmäßig einen - ggf. rückwirkend - zuerkennenden Verwaltungsakt des Sozialhilfeträgers voraus.

2. Bestehen keine Anhaltspunkte für eine manipulative Leistungssteuerung durch den Sozialhilfeträger, steht der (allgemeine) **Nachrang der Sozialhilfe** (§ 2 Abs. 1 SGB XII) einer Befugnis der Krankenkasse entgegen, die obligatorische Anschlussversicherung gemäß § 188 Abs. 4 SGB V mittels Feststellung der Eigenschaft als „Empfänger laufender (SGB XII-) Leistungen“ auszuschließen (Abgrenzung zu BSG v. 07.07.2020 - B 12 KR 21/18 R - BSGE 130, 277 = SozR 4-2500 § 5 Nr. 29 = juris Rn. 17).

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 952,72 € nebst Zinsen zu zahlen.

j) Neubegründung eines bereits erloschenen Schuldverhältnisses

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.04.2024 - L 5 KR 517/22 KH

RID 24-03-82

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 108, 330, 417

Auch ein bereits **erloschenes Schuldverhältnis** kann **vertraglich neu begründet** werden. Eine solche vertragliche Neubegründung ist insb. auch **konkludent** durch Rückgabe des gezahlten Schuldbetrags möglich. So liegt der Fall hier: Die Kl. stornierte die Rechnung, erstattete den gezahlten Betrag abzüglich des Aufrechnungsbetrages und erteilte eine neue Rechnung, die erneut von der Bekl. zu begleichen war. Die zunächst nach Auffassung der Kl. auf Grund der Aufrechnung noch nicht vollständig beglichene, unstreitige Forderung aus einem anderen Behandlungsfall wurde durch die Rückzahlung des ursprünglich gezahlten Betrages aus dem Behandlungsfall der Versicherten, der jedoch um den Aufrechnungsbetrag gekürzt wurde, vollständig beglichen. Dieses Verhalten der Beteiligten lässt damit nur den Schluss zu, zur Abrechnung des Behandlungsfalles noch einmal „bei Null“ beginnen zu wollen. Wäre dies nicht gewollt gewesen, so hätte der gezahlte Betrag nicht erstattet und auch keine neue Rechnung erteilt werden müssen, zumal die neue Rechnung mit einem identischen Betrag abschloss.

SG Köln, Urt. v. 14.07.2022 - S 23 KR 1352 KH - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.540,53 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

2. Prüfvereinbarung

a) Keine Präklusionswirkung bei Ersetzung der Hauptdiagnose durch Nebendiagnose

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.01.2024 - L 16 KR 304/22 KH

RID 24-03-83

Revision anhängig: B 1 KR 18/24

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69, 109 IV 3, 275 Ic, 301 I 1 Nr. 7; KHG § 17b; KHEntg § 7 I 1

Die materielle **Präklusionswirkung** nach § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 steht dem nachträglichen **Austausch von Haupt- und Nebendiagnose** nicht entgegen, wenn der Prüfauftrag nur die Haupt-, nicht die Nebendiagnosen umfasst.

SG Duisburg, Urt. v. 22.02.2022 - S 46 KR 713/20 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 901,31 €, das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Keine zweite Korrektur durch Nachkodierung der Nebendiagnosen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 19.12.2023 - L 10 KR 16/19

RID 24-03-84

Revision anhängig: B 1 KR 17/24 R

www.juris.de

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

Ein Krankenhaus ist gem. § 7 Abs. 5 S. 1 PrüfvV 2014 mit einer **Rechnungskorrektur** und damit mit der Nachkodierung der Nebendiagnosen F10.6 und J90 ausgeschlossen, wenn es sich um eine **zweite Korrektur** handelt.

SG Kiel, Urt. v. 17.12.2018 - S 44 KR 238/17 - verpflichtete die Bekl. zur Zahlung von 2.038,83 € zzgl. Zinsen. Das **LSG** wies die Klage ab.

c) Prüfauftrag: Kodierte Nebendiagnosen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 31.01.2024 - L 5 KR 117/20

RID 24-03-85

Revision anhängig: B 1 KR 22/24 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

PrüfvV 2016 §§ 4, 7

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

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

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

SG Kiel, Gerichtsbb. v. 05.05.2020 - S 44 KR 328/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.564,61 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

d) Frist nach Übermittlung der Prüfanzeige

SG Halle, Urteil v. 25.06.2024 - S 17 KR 537/21

RID 24-03-86

www.juris.de

KHG § 17c II 1

Eine Krankenkasse ist mit der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs gemäß § 17c Abs. 2 S. 1 KHG (i.d.F. v. 11.12.2018) i.V.m. § 8 S. 4 PrüfvV 2016 ausgeschlossen, wenn sie dem Krankenhaus nicht **innerhalb von 11 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige** (hier: v. 30.04.2019) ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung bzw. zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitteilt.

Ein Anspruch auf Vergütung (hier: des Zusatzentgelts ZE150.08) nach den **Grundsätzen eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens** besteht, wenn das Krankenhaus im Falle einer erlösrelevanten Medikamentengabe anstelle einer zweckmäßigen, erforderlichen und ausreichenden (empfohlenen) Dosierung eine ebenfalls zweckmäßige, aber die empfohlene Menge überschreitende Dosierung vornimmt, die sich zumindest noch im Rahmen höchstzulässiger Dosierung bei anderer Indikation hält.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.690,81 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Verspätete Übersendung: Keine Zuständigkeit eines regionalen MDK

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.03.2024 - L 11 KR 1024/23 KH

RID 24-03-87

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 Ic

Bei **verspäteter Übersendung** der vom MDK angeforderter Unterlagen folgt eine materielle **Präklusion** aus § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfvV 2014.

Ausgehend von den gesetzlichen Regelungen in § 275 SGB V und der PrüfvV 2014 gibt es **keine** ausdrückliche **Zuständigkeit eines regionalen MDK** für die Durchführung der Prüfung. Die ab 2020 gültige Fassung des § 275c Abs. 1 S. 4 SGB V sieht eine örtliche Zuständigkeit des MDK für das zu prüfende Krankenhaus nunmehr ausdrücklich vor. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine klarstellende Regelung einer bisher bereits geltenden Gesetzeslage, sondern um eine Neuregelung.

SG Münster, Urt. v. 04.03.2020 - S 9 KR 1016/18 - gab der Klage auf Verurteilung der Bekl. zur Zahlung von 18.505,85 € nebst Zinsen statt und wies die Widerklage ab. Das **LSG** wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

f) Bezifferung des Erstattungsanspruches

SG Ulm, Urteil v. 27.05.2024 - S 10 KR 3053/21

RID 24-03-88

www.juris.de

PrüfVb 2016 §§ 7 II, 8

Leitsatz: 1. Für die **Mitteilung des Erstattungsanspruches** nach § 8 S. 1 PrüfvV 2017 ist es grundsätzlich erforderlich, dass die Krankenkasse den Anspruch der Höhe nach genau beziffert, soweit es sich nicht um einen Fall der Geltendmachung einer primären Fehlbelegung handelt. Die Aufrechnung eines höheren als des in der Leistungsentscheidung genannten Betrages ist nach § 8 S. 4 PrüfvV 2017 im Nachhinein ausgeschlossen.

2. Soweit die Krankenkasse in einer Leistungsentscheidung nach § 8 PrüfvV 2017 im Falle der **Streichung eines OPS** nicht **die hieraus resultierende DRG benennt** oder sie versehentlich eine andere als die nunmehr angesteuerte DRG benennt, kann dies unerheblich sein.

3. **§ 8 PrüfvV 2017** ist im Lichte der Regelungen von § 7 Abs. 2 PrüfvV 2017 und § 7 Abs. 5 PrüfvV 2017 auszulegen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 6,14 € nebst Zinsen zu bezahlen. Im Übrigen wies es die auf Zahlung von 1.585,98 € gerichtete Klage ab.

3. Fallpauschalen

a) Abschlag bei kürzerer Verweildauer als die untere Grenzverweildauer

LSG Saarland, Urteil v. 20.03.2024 - L 2 KR 33/22

RID 24-03-89

Revision anhängig: B 1 KR 14/24 R

www.juris.de

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

Ist die **Verweildauer** von nicht verlegten Patienten kürzer als die untere **Grenzverweildauer**, ist für die bis zur unteren Grenzverweildauer nicht erbrachten Belegungstage einschl. des im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen ersten Tages ein **Abschlag** von der Fallpauschale vorzunehmen (§ 1 Abs. 3 Satz 1 FPV). Die Systematik spricht für die Anwendbarkeit von § 1 Abs. 3 S. 1 FPV auf das Krankenhaus, zu dem verlegt wird (und das selbst „nicht verlegt“ hat).

Im Streit stand ein Vergütungsanteil von 6.966,80 € für eine stationäre Krankenhausbehandlung. **SG für das Saarland**, Urt. v. 26.10.2022 - S 45 KR 2/22 - gab der Klage statt. Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Intensivmedizinische Versorgung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 08.09.2022 - L 16 KR 201/22

RID 24-03-90

www.juris.de

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

Das Merkmal „intensivmedizinische Versorgung“ nach DKR 10011 (2017) setzt nicht die Beatmung auf einer Station voraus, die - insb. hinsichtlich der ärztlichen Anwesenheit und Verfügbarkeit - den strukturellen **Voraussetzungen einer Intensivstation** entspricht.

SG Hildesheim, Urt. v. 02.03.2022 - S 61 KR 1116/19 - verurteilte die Bkl., an die Kl. 5.615,84 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Aufwändige intensiv-medizinische Komplexbehandlung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 12.10.2023 - L 10 KR 8/20

RID 24-03-91

www.juris.de

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

Die für OPS-2016 8-98f.11 (**aufwändige intensiv-medizinische Komplexbehandlung**) erforderliche **Verfügbarkeit von radiologischer Diagnostik** mittels CT, DSA oder MRT kann nicht durch eine **Kooperation** mit einem klinikfremden Dritten sichergestellt werden kann. Dem steht der Wortlaut entgegen. Im Übrigen müsste eine rechtlich verfestigte **Kooperationsbeziehung** bestehen, die etwa vertraglich, durch Verwaltungsakt oder normativ begründet ist und organisatorische Vorsorge für die Kooperation trifft (BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 10, juris Rn 26). Diesen Anforderungen genügen Kooperationsverträge mit einer radiologischen Gemeinschaftspraxis nicht, wenn danach lediglich eine pauschale Verpflichtung zur Versorgung der stationären Patienten besteht.

SG Itzehoe, Urt. v. 24.10.2019 - S 20 KR 105/17 - verurteilte die Bkl. zur Zahlung in Höhe von 3.842,14 €. Das **LSG** wies die Klage ab.

d) Kodierung von Beatmungsstunden

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.10.2023 - L 10 KR 483/21 KH

RID 24-03-92

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

Nach DKR 10011 2016 sind jedenfalls die Stunden kodierbar, in welchen die Versicherte auf der **Intensivstation** behandelt wird, wenn sie während der gesamten Zeit entweder masken- oder invasiv beatmet wird.

Als **Beatmungsstunden** berücksichtigungsfähig sind Zeiten, in denen die Versicherte, mit Unterbrechungen durch Spontanatmungsstunden im Rahmen einer Entwöhnung, **invasiv maschinell beatmet** wird. Nach der Definition der maschinellen Beatmung der DKR 2016 ist die Kodierung der Beatmungsstunden bei maschinell beatmeten Patienten, im Gegensatz zu denjenigen, die durch Maskensysteme beatmet werden, nicht auf intensivmedizinisch Versorgte beschränkt. Zudem wird die Dauer der Entwöhnung nach der DKR insgesamt, inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung, bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt.

Allerdings bestimmen die DKR 10011 unter Punkt 4 für den **Sonderfall von heimbeatmeten Patienten**, die über ein Tracheostoma beatmet werden, dass analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung über Maskensysteme erfolgt, vorzugehen ist. Diese Regelung erfasst lediglich solche heimbeatmeten Patienten, die bereits im Zeitpunkt der Aufnahme über ein Tracheostoma beatmet werden, nicht jedoch solche Patienten, bei denen die Beatmung über ein Tracheostoma zu einem späteren Zeitpunkt während des stationären Aufenthalts einsetzt.

SG Detmold, Urt. v. 18.05.2021 - S 22 KR 1371/18 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bkl., an die Kl. 56.373,42 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Protrahierte Geburt: 18-stündige regelmäßige Wehentätigkeit

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.11.2023 - L 11 KR 354/22 KH

RID 24-03-93

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

Eine **protrahierte Geburt** setzt nach DKR 1521o eine **18-stündige regelmäßige Wehentätigkeit** voraus. Eine Wehensteuerung mit einer Dauer von 18 Stunden ist nicht erforderlich. Der Wortlaut knüpft das Zeitelement nur an das Merkmal der „**regelmäßigen Wehentätigkeit**“. Eine solche liegt vor, wenn die Wehen einer „bestimmten festen Ordnung folgen“. Eine solche feste Ordnung haben Wehen, wenn das Stadium der Eröffnungsphase erreicht ist, womit der **Geburtsbeginn** beschrieben wird, der mit dem Beginn regelmäßiger, schmerzhafter und progressiver Wehentätigkeit assoziiert wird. Die DKR gibt nicht vor, dass die Zeit der Wehentätigkeit vor Krankenhausaufnahme zur Berechnung der 18 Stunden nicht mitgezählt wird.

SG Dortmund, Urt. v. 30.03.2022 - S 93 KR 4915/19 - juris verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 309,65 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. und Änderung des Zinsanspruchs zurück.

f) Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) ohne herzchirurgische Abteilung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.04.2024 - L 1 KR 167/21

RID 24-03-94

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3, 135a I 2; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1; KHG § 17b

Die Durchführung einer **TAVI** im März/April 2014 in einer **Klinik ohne herzchirurgische Abteilung** entsprach nicht dem allgemein anerkannten **Stand der medizinischen Erkenntnisse** (Anschluss an LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.04.2022 - L 9 KR 392/20 - RID 22-04-124, rechtskräftig nach Verwerfung der Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. durch BSG, Beschl. v. 18.10.2023 - B 1 KR 43/22 B - juris).

SG Potsdam, Urt. v. 25.02.2021 - S 3 KR 626/17 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 33.449,51 €, das **LSG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 06.06.2024 - L 1 KR 425/20

RID 24-03-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de

g) Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.07.2024 - L 4 KR 1374/23

RID 24-03-96

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 137c, 275 Ic; AMG § 4b; EGV 1394/2007 Art. 27

Leitsatz: Für die **matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation** dürfen **Knorpelzellaufbereitungen** verwendet werden, die entweder als **Arzneimittel** für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products [ATMP]) gemäß Verordnung (EG) Nr. 1394/2007 zugelassen oder gemäß § 4b AMG genehmigt worden sind.

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe der Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung und hierbei die Abrechnung des Zusatzentgelts 126 („Autogene/Autologe matrixinduzierte Chondrozytenimplantation“) streitig. **SG Stuttgart**, Urt. v. 16.03.2023 - S 17 KR 5945/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.759,60 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

h) Abgrenzung zwischen intraoperativen Leistungen und präoperativen Laborleistungen

SG Altenburg, Urteil v. 24.06.2024 - S 23 KR 1560/21

RID 24-03-97

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: 1. Ein Krankenhaus hat **Anspruch auf Vergütung seiner ambulanten operativen Leistungen**, wenn es zu den erbrachten, dem vertraglichen Leistungskatalog des AOP-Vertrags unterfallenden, Leistungen zugelassen ist, sie sachlich-rechnerisch richtig abrechnet sowie wirtschaftlich und qualitätsgerecht erbracht hat (vgl. BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 1/13 R - SozR 4-2500 § 115b Nr. 5; BSG, Urt. v. 31.05.2016 - B 1 KR 39/15 R - SozR 4-2500 § 115b Nr. 7).

2. **Intraoperative Leistungen** im Sinne von § 5 AOP-Vertrag sind solche, die in einem engen zeitlichen Näheverhältnis zu dem operativen Eingriff nach § 115b SGB V stehen, also denknotwendig nur während einer Operation bzw. innerhalb des operativen Verlaufs zu erbringen bzw. zu veranlassen sind.

3. Die **Abgrenzung** zwischen intraoperativen Laborleistungen im Sinne von § 5 AOP-Vertrag von **präoperativen Laborleistungen** im Sinne von § 4 AOP-Vertrag erfolgt über das zeitliche Moment des „unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs“ mit dem Eingriff. Laborleistungen zur Untersuchung des Blutes, die routinemäßig der Vorbereitung einer Operation dienen und drei Tage vor dem ambulanten Eingriff veranlasst und erbracht werden, gehören nicht mehr zu den intraoperativen Leistungen. Es handelt sich um klassische präoperative, d.h. operationsvorbereitende Leistungen im Sinne von § 4 AOP-Vertrag.

Das SG wies die Klage ab.

4. Mindestmengenregelung

a) Vorausgegangenes Kalenderjahr/Unbillige Härte

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 11.06.2024 - L 11 KR 63/24 B ER

RID 24-03-98

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b

Vorausgegangenes Kalenderjahr für die Vermutung des § 136b Abs. 5 S. 4 SGB V ist das Kalenderjahr vor dem Jahr, in dem die Prognose gestellt wird, nicht das Kalenderjahr vor dem Jahr, für das die Prognose gestellt wird.

Allein die mit mangelnden Abrechenbarkeit des streitigen Leistungskomplexes verbundenen wirtschaftlichen Konsequenzen führen nicht zu einer **unbilligen Härte**, da sie lediglich Ausfluss gesetzlich auferlegter Pflichten sind.

SG Aachen, Beschl. v. 19.12.2023 - S 13 KR 620/23 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) Anhebung der Mindestmenge: Behandlung von Früh- und Reifgeborenen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.06.2024 - L 1 KR 477/21 KL

RID 24-03-99

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b; SGG § 55 I; GG Art. 12, 19 IV

Leitsatz: Die **Anhebung** der Mindestmenge in den **Mindestmengenregelungen** für die Behandlung von **Früh- und Reifgeborenen** mit einem Aufnahmegewicht von < 1250 g von 14 auf 25 Fälle pro Krankenhaus und Jahr durch Beschluss des G-BA vom 17.12.2020 ist nicht zu beanstanden.

Das **LSG** wies die Klage ab.

c) Auseinandersetzung mit wesentlichem Vorbringen des Krankenhauses erforderlich

LSG Hessen, Beschluss v. 07.05.2024 - L 8 KR 88/24 B ER

RID 24-03-100

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b V 11; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Ein Widerlegungsbescheid zur Mindestmengenprognose (hier: Implantationen von Kniegelenk-Totalendoprothesen) muss sich **mit wesentlichem Vorbringen des Krankenhauses auseinandersetzen**. Es reicht nicht aus, die Zweifel an der Erreichung der erforderlichen Leistungsmenge von 50 Knie-TEP maßgeblich mit den in der Vergangenheit erzielten Leistungszahlen zu begründen.

Eine **Präklusionswirkung** ist der allein in einer Verfahrensvorschrift des GBA erfolgten Fristfestlegung in § 5 Abs. 1 S. 1 Mm-R nicht zu entnehmen; noch weniger ist eine derartige Wirkung im Hinblick auf die Vorschrift zur Form der Übermittlung der für die Prognose maßgeblichen Daten in § 5 Abs. 3 Mm-R anzunehmen.

SG Fulda, Beschl. v. 16.02.2024 - S 4 KR 110/23 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid der Ag. v. 05.10.2023 an, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

d) Zusammengefasste Widerlegungsentscheidungen/Anhörung/Auswirkung der Corona-Pandemie

SG Heilbronn, Gerichtsbescheid v. 14.06.2024 - S 15 KR 2264/23

RID 24-03-101

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b V; SGB X § 24

Leitsatz: 1. Die formal in einem Bescheid **zusammengefassten Widerlegungsentscheidungen** verschiedener Krankenkassen verstoßen nicht gegen das verfassungsrechtliche Verbot einer Mischverwaltung.

2. Ein einheitliches Anschreiben durch den federführenden Verband mit der Möglichkeit der Äußerung durch den Krankenhausträger genügt dem **Anhörungserfordernis** aus § 24 Abs. 1 SGB X.

3. Die **Auswirkungen der Corona-Pandemie** sind nicht geeignet, eine berechtigte mengenmäßige Erwartung für das jeweils nächste Kalenderjahr zu begründen, wenn der Krankenhausträger bereits in den Jahren vor der Pandemie nicht die für das jeweilige Kalenderjahr gültige Mindestmenge erreicht hat.

Das **SG** wies die Klage ab.

e) Fortgeltung einer Ausnahmegenehmigung trotz Gesetzesnovellierung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 24.06.2024 - L 1 KR 125/24 B ER

RID 24-03-102

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b; SGB X § 39 II

Leitsatz: Zur **Fortgeltung einer Ausnahmegenehmigung** für die Unterschreitung einer Mindestmenge im Sinne des heutigen § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V trotz zwischenzeitlicher Gesetzesnovellierung und mittlerweile erfolgter Erhöhung der Mindestmenge.

SG Frankfurt (Oder), Beschl. v. 26.03.2024 - S 27 KR 4/24 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage vom 10.10.2023 gegen den Bescheid der Ag. v. 26.09.2023 an, das LSG ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an, soweit dort verfügt wird, dass die Erbringung von Leistungen im Leistungsbereich Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von unter 1.250 g dem gesetzlichen Leistungsverbot unterliegt. Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage und die Beschwerde wies es im Übrigen zurück.

f) Streitgenossenschaft u. Rechtsmittelfristen/Darlegung „berechtigter mengenmäßiger Erwartungen“

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 29.07.2024 - L 5 KR 1548/24 ER-B

RID 24-03-103

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b I 1 Nr. 2, V; SGG § 74; ZPO § 62

Leitsatz: 1. Aus der notwendigen **Streitgenossenschaft** der Krankenkassenverbände in Streitigkeiten über die Mindestmengenprognose folgt bezüglich der Wahrung von **Rechtsmittelfristen**, dass säumige Streitgenossen durch die nicht säumigen vertreten werden.

2. Die **Darlegung „berechtigter mengenmäßiger Erwartungen“** im Rahmen der Mindestmengenprognose erfordert in der Regel eine mit Zahlen untermauerte Argumentation. Wird eine Kooperation geltend gemacht, kann erwartet werden, dass im Rahmen dieser die Kooperationshäuser die notwendigen Informationen austauschen, um eine begründete Prognose anhand von Zahlen darlegen zu können.

SG Ulm, Beschl. v. 16.04.2024 - S 18 KR 463/24 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den gemeinsamen und die gesonderten Bescheide der Ag. vom 04.10.2023 an. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage der Ast. ab.

5. Aufwandspauschale

a) Aufwandspauschale nach sachlich-rechnerischer Prüfung einer Krankenhausabrechnung

LSG Bayern, Urteil v. 17.10.2023 - L 5 KR 622/16

RID 24-03-104

www.juris.de= www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275Ic

Leitsatz: § 275 Abs. 1c S. 4 SGB V ist nicht auf Prüffälle vor dem 01.01.2016 anzuwenden.

Streitig war die Erstattung einer Aufwandspauschale in Höhe von 300 €. **SG München**, Urt. v. 20.10.2016 - S 3 KR 1623/14 - gab der Klage statt. Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Keine Minderung des Abrechnungsbetrags/Verjährungsbeginn/Verzugszinsen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.05.2024 - L 14 KR 103/21

RID 24-03-105

Revision anhängig: B 1 KR 19/14 R

www.juris.de

SGB V §§ 69 I 3, 275 Ic 3; BGB §§ 286 I, 288 I; SGB I § 45 I

Orientierungssatz (juris): 1. **Unterbleibt eine Minderung des Abrechnungsbetrags** infolge der **Abrechnungsprüfung** ohne eine entsprechende Entscheidung der Krankenkasse, hängt die Entstehung des Anspruchs auf Aufwandspauschale nicht vom Eintritt eines Ereignisses, sondern von dessen Unterbleiben ab.

2. Erst wenn auch **rechtsverbindlich feststeht**, dass im Ergebnis der Prüfung der Rechtsbetrag nicht gemindert wird, entsteht der Anspruch auf **Aufwandspauschale** (vgl. LSG Mainz, Urt. v. 24.08.2023 - L 5 KR 179/22 - RID 23-04-71 und - L 5 KR 49/23 - RID 23-04-70).

3. Hat die Krankenkasse nach Auswertung des MDK-Gutachtens keine Entscheidung über eine Abrechnungsminderung getroffen oder sich gegen eine solche entschieden, ohne dies gegenüber dem Krankenhaus zu kommunizieren, steht erst mit Ablauf der **Verjährungsfrist** des etwaigen Rückerstattungsanspruchs fest, dass eine Minderung des Abrechnungsbetrags nicht mehr erfolgen wird.

4. Für einen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V können **Verzugszinsen** nach § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 288 Abs. 1 BGB geltend gemacht werden (entgegen BSG, Urt. v. 23.6.2015 - B 1 KR 24/14 R - NZS 2015, 745).

Die Kl. ist Trägerin eines Krankenhauses, in dem die Versicherte in der Zeit vom 11. bis 15.01.2012 stationär behandelt wurde. **SG Berlin**, Urt. v. 10.03.2021 - S 28 KR 1751/18 WA - RID 21-02-123 verurteilte die Bekl., an die Kl. eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 € zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

c) Im Erörterungsverfahren getroffene Vereinbarung: Keine Minderung des Abrechnungsbetrages

SG München, Urteil v. 27.06.2024 - S 18 KR 140/24

RID 24-03-106

Berufung zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275c I 2

Steht mit der im **Erörterungsverfahren** getroffenen Vereinbarung zwischen den Beteiligten fest, dass die durch die Bekl. eingeleitete MDK-Prüfung objektiv **nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages** bei der Kl. geführt hat, besteht nach BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 24/14 R - NZS 2015, 745 ein Anspruch auf eine Aufwandspauschale. Auf den **Abschluss des MD-Verfahrens** und die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse kommt es nicht an, wenn die Kl. der Minderung ausdrücklich widersprochen hat. Die Prüfung im Sinne des § 275c Abs. 1 Nr. 1 SGB V endet erst dann ohne eine „Minderung des Abrechnungsbetrages“, wenn die Krankenkasse entweder aufgrund eigener Entscheidung oder aber aufgrund eines rechtskräftigen Urteils den vollen Rechnungsbetrag endgültig gegen sich gelten lässt (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.08.2023 - L 5 KR 179/22 - juris Rn. 16, RID 23-04-71). Dabei ist es rechtlich unerheblich, ob die Beklagte diese Entscheidung vor Einleitung eines Erörterungsverfahrens (vgl. § 9 Abs. 3 PrüfvV), im Erörterungsverfahren oder erst später im Laufe eines gerichtlichen Verfahrens getroffen hätte.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

d) Verzugszinsen

SG Regensburg, Urteil v. 11.01.2024 - S 8 KR 341/22

RID 24-03-107

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 15/24 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 I 3, 275 Ic

Leitsatz: Auf eine **Aufwandspauschale** nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V bzw. § 275c Abs. 1 S. 2 SGB V sind **Verzugszinsen** nach § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 288 Abs. 1 BGB zu zahlen.

Das SG verurteilte die Bekl., über die Teilerledigung des Rechtsstreits hinaus an die Kl. weitere Zinsen aus 300 € zu zahlen.

6. Vorlage einer Erklärung über die stationäre Behandlungsnotwendigkeit

LSG Sachsen, Urteil v. 17.05.2023 - L 1 KR 238/19

RID 24-03-108

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12, 39, 109, 275

Leitsatz: 1. Die Veranlassung einer **Vorabklärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den Versicherten** greift jedenfalls in Fällen planbarer Behandlungen, die nicht in der Regel der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürfen, nicht in geschützte Rechtspositionen der (beklagten) Krankenkasse ein, wenn seitens des Leistungserbringers begründete Zweifel an der Erforderlichkeit der geplanten stationären Krankenhausbehandlung bestehen.

2. Weder § 109 Abs. 4 S. 2 **SGB V** noch § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V stehen in diesen Fällen einer Vorabprüfung durch die Krankenkasse entgegen.

3. Liegt im **Versichertenverhältnis** eine wirksame **Bewilligungsentscheidung** der Krankenkasse vor, muss das Krankenhaus auch im Abrechnungsverhältnis auf den Inhalt der Genehmigung **vertrauen** dürfen und kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für die Erbringung der Sachleistung hätten nicht vorgelegen (BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 27/12 R - BSGE 113, 123 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 40, Rn. 28).

SG Dresden, Urt. v. 26.06.2019 - S 25 KR 1284/19 - RID 19-04-89 stellte fest, dass der kl. Krankenhausträger nicht auf Grund entgegenstehender Rechte der Bekl. daran gehindert ist, von Versicherten der Bekl., die zu einer geplanten stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Kl. eingewiesen werden, vor der Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Bekl. über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit zu verlangen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

7. Haftung des Krankenhauses auf Schadensersatz in Bezug auf Transportkosten

SG Dresden, Urteil v. 05.06.2024 - S 45 KR 1581/21

RID 24-03-109

Berufung anhängig LSG Sachsen: L 9 KR 111/24 KH

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 60, 69 I 3, 133 I; BGB § 280 I

Leitsatz: 1. Soweit unter dem Gesichtspunkt der Gefahrenabwehr die **Auswahl** des Transportmittels und die Auswahl der Zielklinik **durch Rettungsleitstellen** oder Integrierte Leitstellen erfolgt, besteht jedenfalls im Grundsatz und ohne Hinzutreten weiterer Umstände kein Anknüpfungspunkt für eine **Haftung des Krankenhauses auf Schadensersatz** in Bezug auf **Transportkosten** (hier durch Rettungshubschrauber) gegenüber der Krankenkasse unter dem Gesichtspunkt der Pflichtverletzung im öffentlich-rechtlichen Schuldverhältnis.

2. Die **Beweislast** für eine **Pflichtverletzung** liegt zudem bei der Krankenkasse, welche das Krankenhaus auf Schadensersatz in Anspruch nimmt. Gründe für eine Beweislastumkehr bestehen jedenfalls dann nicht, wenn eine inhaltliche Verknüpfung mit Fragen der Vergütung von Krankenhausleistungen besteht und die Krankenkasse kein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V a.F. durch den Medizinischen Dienst veranlasst hat.

3. Ob der Krankenkasse wegen der Zahlung von **Krankentransportkosten** an einen Dienstleister gegenüber einem Krankenhaus ein **öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch** zusteht, beurteilt sich nach der Reichweite des Sachleistungsanspruchs der Versicherten nach § 60 SGB V (vgl. BSG, Urt. v. 22.02.2024 - B 3 KR 15/22 R - BSGE=SozR 4, juris).

4. Erfolgt in einem anderen Krankenhaus, in welches der Versicherte transportiert wurde, unter intensivmedizinischer Betreuung ein komplexer Eingriff, stellt dies keine lediglich ergänzende oder unterstützende Maßnahme Dritter im Sinne von § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG a.F. dar. Unter diesen Umständen beruht die dortige Behandlung auf einer **Verlegung**.

5. Auch der kurzzeitige Aufenthalt zu einer **Notfallbehandlung** kann trotz zeitnaher anderweitiger Rückverlegung eine **stationäre Aufnahme** im Sinne von § 39 SGB V begründen, soweit die besonderen Mittel des Krankenhauses mit hoher Intensität genutzt werden (im Anschluss an BSG, Urt. v. 29.08.2023 - B 1 KR 15/22 R - BSGE = SozR, juris).

Die Beteiligten streiten um die Übernahme von Kosten, die mit zwei Krankentransporten per Rettungshubschrauber zusammenhängen. Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse ab.

8. Rechtsweg: Direkter Zahlungsanspruch aus Vereinbarung u. Abrechnung von Zu- u. Abschlägen

VG Frankfurt, Beschluss v. 10.04.2024 - 10 K 4195/23.F

RID 24-03-110

www.juris.de

KHEntgG § 5 V; SGG § 51 I Nr. 2 Alt. 1

Leitsatz: Bei einer Streitigkeit um **Ansprüche nach § 5 Abs. 5 KHEntgG** ist der **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten gegeben, da es sich um eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne von § 51 Abs. 1 Nr. 2 Var. 1 SGG handelt.

Das **VG** erklärte den Verwaltungsrechtsweg für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das SG Hannover.

IX. Beziehung zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 05.09.2024 - **B 3 KR 5/23 R** - ist die die **Nutzenbewertung des Kombinationsarzneimittels Trimbow® im Anwendungsgebiet Asthma bronchiale** rechtswidrig. Trimbow® gehört weder nach § 35a Abs. 1 SGB V noch nach der AM-NutzenV zu den Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, die der obligatorischen Nutzenbewertung unterliegen. Es ist zwar ein erstattungsfähiges Arzneimittel, aber keines mit neuen Wirkstoffen nach § 35a Abs. 1 S. 1 SGB V, denn die **drei Wirkstoffe** dieses Kombinationsarzneimittels sind nicht im Sinne dieser Regelung neu, sondern waren bei dessen **Erstzulassung - für das Anwendungsgebiet COPD - bekannt**. Hieran hat sich durch die **spätere Erweiterung der Zulassung auf das neue Anwendungsgebiet Asthma** nichts geändert. Soweit die VerOGBA eine Nutzenbewertung vorsieht, handelt es sich um eine konstitutive Ausdehnung des Anwendungsbereichs der obligatorischen Nutzenbewertung gegenüber Gesetz und Verordnung. Hierfür **fehlt** es dem **GBA** jedoch an einer auch aus verfassungsrechtlichen Gründen erforderlichen hinreichenden **höherrangigen Ermächtigungsgrundlage**. Nach BSG, Urt. v. 05.09.2024 - **B 3 KR 22/22 R** - ist die **Nutzenbewertung** des in Deutschland seit April 2015 zur topischen Behandlung von Hauterkrankungen (entzündliche Läsionen der Rosazea) zugelassenen **Arzneimittels Soolantra®** mit dem **Wirkstoff Ivermectin** rechtswidrig, da mit dem

Arzneimittel Stromectol® erstmals ein Humanarzneimittel mit dem Wirkstoff Ivermectin 1999 in Frankreich zur Behandlung u.a. der Krätze zugelassen worden war. Damit handelt es sich um **kein Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen**. Nach BSG, Urt. v. 05.09.2024 - **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 (sog. Hilfstaxe) zweimal an, wenn die verordnete Gesamtmenge des Zytostatikums an einem Tag in zwei Spritzen aufgeteilt wird. Diese Regelung ist als eine normenvertragliche Abrechnungsbestimmung nach st. Rspr. **streng nach ihrem Wortlaut** und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht.

Nach BSG, Urt. v. 22.02.2024 - **B 3 KR 14/22 R** - ergibt sich der **vertragliche Schadensersatzanspruch** der **kl. Krankenkasse** gegen die **bekl. Apotheke** hier aus § 69 SGB V sowie § 61 S. 2 SGB X, die auf eine ergänzende entsprechende Geltung der Vorschriften des BGB für öffentlich-rechtliche Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verweisen, und § 241 Abs. 2 sowie § 280 Abs. 1 BGB, die im Leistungserbringungsrecht des SGB V entsprechend anwendbar sind. Diese Rechtsgrundlagen verdrängen vorliegend einen allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Kl., weil sie die Vergütung nach Maßgabe der gesetzlichen und geschriebenen vertraglichen Regelungen zum Preisrecht der **Zytostatikaversorgung** nicht ohne Rechtsgrund an die Bekl. geleistet hatte. Zwischen den Beteiligten bestand im streitigen Zeitraum ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis, das durch gesetzliche, untergesetzliche und vertragliche Regelungen näher ausgestaltet war. In diesem Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und **Apothekerin** traf die Bekl. eine sich aus ergänzender Vertragsauslegung ergebende **ungeschriebene vertragliche Nebenpflicht zur Information der Kl. über den Beschaffungsweg und den Einkaufspreis der von ihr für die streitigen Zytostatikazubereitungen verwendeten Fertigarzneimittel**, weil beide von den vertraglich vorausgesetzten Grundlagen abwichen. Die in den zwischen den Beteiligten geltenden Regelungen vorausgesetzten Grundlagen des Abgabe- wie des Preisregimes waren die Beschaffung von für Zytostatikazubereitungen verwendeten Fertigarzneimitteln, die für den deutschen Markt bestimmt waren zu den für diesen Markt bestimmten Einkaufspreisen. Darüber, dass die Bekl. sich nicht für den deutschen Markt bestimmte Fertigarzneimittel zu deutlich geringeren Einkaufspreisen als nach der Lauer-Taxe beschafft und unter deren Verwendung die streitigen Zytostatika zubereitet sowie abgegeben hatte, bei deren Abrechnung sie die deutlich höheren Preise für Fertigarzneimittel auf dem deutschen Markt angesetzt hatte, hätte sie die Kl. zu deren Schutz aufklären müssen. Die Verwendung dieser Fertigarzneimittel konnte die Kl. aufgrund der zutreffenden alleinigen Angabe der Pharmazentralnummer für Rezepturarzneimittel durch die Beklagte bei der Abnahme und Vergütung der streitigen Zytostatikazubereitungen nicht selbst erkennen. Erkennbar war aber für die Bekl., dass diese Information für die Kl. von wesentlichem Interesse im Rahmen der Vertragsdurchführung war. Nur durch diese Information konnten ein Ausgleich eines sonst bestehenden eindeutig dem Vertragsgedanken widersprechenden Ungleichgewichts zwischen den beteiligten Vertragspartnern bewirkt und die Vertragsgrundlagen bei Verwendung von nicht vom vertraglich zugrunde gelegten Abgabe- und Preisregime erfasster Fertigarzneimittel vor ihrer einseitigen Aushöhlung bewahrt werden. Diese Pflicht hat die Bekl. verletzt und dies auch zu vertreten. Sie rechnete über Jahre hinweg ihre Zytostatikazubereitungen auf der Grundlage von Einkaufspreisen nach der Lauer-Taxe ab trotz ihrer deutlich günstigeren tatsächlichen Einkaufspreise für nicht für den deutschen Markt bestimmte Fertigarzneimittel. Die Differenz vereinnahmte sie als ihren Gewinn. Der aus der Pflichtverletzung entstandene, von der Bekl. nach § 249 Abs. 1 BGB zu ersetzende **Schaden** besteht in Höhe der ihr von der Kl. für die streitigen Zytostatikazubereitungen geleisteten Vergütung und nicht nur in Höhe der Differenz. Bei Kenntnis der Kl. vom Beschaffungsweg und den Einkaufspreisen der Bekl. hätte sie deren Zytostatikazubereitungen nicht abnehmen und nicht vergüten dürfen, weil die Abgabe und Abrechnung dieser Zubereitungen außerhalb der für beide Beteiligte geltenden Vertragsgrundlagen erfolgten. Diese Vertragsgrundlagen gingen auch für die Beklagte offenkundig von den Apothekeneinkaufspreisen für die Beschaffung von Fertigarzneimitteln auf dem deutschen Markt aus. An dieser Wertung ist der Senat nicht durch die im anderen Kontext einer Betrugsstrafbarkeit von Apothekern ergangene Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Strafsachen gehindert (BGH v. 10.12.2014 - 5 StR 405/13). Der von der Kl. geltend gemachte Schadensersatzanspruch ist **nicht verjährt**. Auf diesen Anspruch findet die vierjährige sozialrechtliche Verjährung Anwendung. Die Verjährungsfrist begann vorliegend in entsprechender Anwendung von § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB mit dem Schluss des Jahres 2007, in dem die Kl. von den ihren Anspruch begründenden Umständen erstmals Kenntnis erlangte, und war bei ihrer Klageerhebung in 2010 noch nicht abgelaufen. Würde für den Beginn der Verjährungsfrist nicht erst auf den Kenntniszeitpunkt abgestellt, drohte der Schadensersatzanspruch bei einer wie hier zunächst nicht erkennbaren Verletzung einer ungeschriebenen vertraglichen Nebenpflicht zur Information (teilweise) leerzulaufen. Verfassungsrecht steht der Schadensersatzpflicht der Beklagten nicht entgegen. **Art. 12 Abs. 1 GG** schützt nicht eine Gewinnerzielung durch Apotheken um jeden Preis, vielmehr ist das Rechtsverhältnis zwischen Krankenkassen und Apotheken auch in diesem grundrechtlichen Rahmen geprägt von dem Ziel der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung. Nach BSG, Urt. v. 22.02.2024 - **B 3 KR 15/22 R** - setzt eine **Vergütung von erbrachten Krankentransportleistungen** durch die Krankenkasse nach Maßgabe des § 133 Abs. 1 SGB V und auf dessen Grundlage mit dem Krankentransportunternehmen geschlossener Vereinbarungen grundsätzlich einen **Sachleistungsanspruch von Versicherten** auf die Übernahme von Fahrkosten für diese Krankentransportleistungen voraus (§ 2 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 1 und 3, § 69 Abs. 1 SGB V). Die Voraussetzungen dieses Anspruchs bestimmen sich nach § 60 SGB V. Danach übernimmt die Krankenkasse u.a. die Fahrkosten bei Leistungen, die stationär erbracht werden, bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus aber nur, wenn diese aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist (§ 60 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V). Der gesetzliche Sachleistungsanspruch von Versicherten, denen bereits vollstationäre Leistungen in einem Krankenhaus erbracht werden, ist danach unter weiteren Voraussetzungen auf Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus begrenzt. **Für innerklinische (krankenhausinterne) Krankentransporte sieht § 60 SGB V keinen Sachleistungsanspruch von Versicherten vor und scheidet ein Vergütungsanspruch eines Krankentransportunternehmens gegen die Krankenkasse für erbrachte Leistungen eines innerklinischen Krankentransports nach § 133 SGB V aus.** Krankentransporte in einem Krankenhaus vollstationär aufgenommener Versicherter von einem zum anderen Standort dieses Krankenhauses zur stationären Weiterbehandlung dort sind der Krankenhausbehandlung zugeordnet, die nach § 39 Abs. 1 S. 3 Hs. 1 SGB V im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind (Gesamtbehandlungsverantwortung des Krankenhauses). Für solche innerklinischen Krankentransporte sind die diese

Transportleistungen veranlassenden und in Anspruch nehmenden **Krankenhäuser den Krankentransportunternehmen auf zivilrechtlicher Rechtsgrundlage vergütungspflichtig**. Diese Vergütungen sind Krankenhäusern nicht gesondert von Krankenkassen zu erstatten. Für allgemeine Krankenhausleistungen unter Einschluss der vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (§ 2 Abs. 2 S. 1 und 2 Nr. 2 KHEntgG) werden zulasten von Krankenkassen **Fallpauschalen** abgerechnet, die auch vom Krankenhaus veranlasste innerklinische Krankentransporte erfassen (§§ 7 bis 9 KHEntgG). Nach diesen Maßstäben scheidet hier ein Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die beklagte Krankenkasse nach §§ 133, 60 SGB V aus. Die streitigen qualifizierten Krankentransporte von in einem Standort des beigel. Plankrankenhauses (§ 108 Nr. 2 SGB V) stationär aufgenommenen Versicherter zu einem anderen Standort dieses Krankenhauses zur stationären Weiterbehandlung dort waren keine Verlegung in ein anderes Krankenhaus zu einer neuen stationären Behandlung im Sinne des insoweit abschließenden § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V, sondern Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen in der Gesamtbehandlungsverantwortung der Beigel., die von der Bekl. mit Fallpauschalen entgolten worden sind. Etwas anderes ergibt sich nicht daraus, dass diese Krankentransporte von Krankenhausärzten zulasten der Bekl. verordnet worden waren. Die auf landesvertraglicher Grundlage den Krankenhausärzten ermöglichte Verordnung von Krankentransporten erweitert nicht den Leistungsumfang des § 60 SGB V. Zudem war die Rechtswidrigkeit dieser Verordnungen für die Kl. erkennbar, die innerklinische Krankentransportleistungen zuvor von der Beigel. vergütet erhalten hatte und dieser weiter in Rechnung stellte. Auch die streitigen Transporte waren der Kl. von der Beigel. zu vergüten, wozu der Senat sie als privates Krankenhausunternehmen wegen der entsprechenden Begrenzungen des § 75 Absatz 5 SGG nicht verurteilen kann. Nach BSG, Urt. v. 22.02.2024 - **B 3 KR 2/23 R** - war die kl. **GbR** nicht mehr **beteiligtenfähig**. Fähig, am sozialgerichtlichen Verfahren beteiligt zu sein, sind u.a. juristische Personen (§ 70 Nr. 1 SGG). Als solche werden nach der Rspr. des BGH wie des BSG auch GbR anerkannt. Die hier klagende, 2006 gegründete GbR war mit Übertragung sämtlicher Anteile an ihr mit allen Aktiva und Passiva durch ihre Gesellschafter auf eine GmbH **liquidationslos vollbeendet und erloschen** spätestens zum Zeitpunkt der Eintragung der GmbH in das Handelsregister im November 2010. Jedenfalls zu diesem vor Klageerhebung liegenden Zeitpunkt endete die Beteiligtenfähigkeit der K.. Die beteiligtenfähige GmbH als ihre Gesamtrechtsnachfolgerin hat zu keinem Zeitpunkt Klage auf die hier streitige Nachvergütung erhoben. Sie ist auch nicht durch einen gesetzlichen Beteiligtenwechsel im Verfahren zur Kl. geworden, weil sie Gesamtrechtsnachfolgerin der klagenden GbR bereits vor deren Klageerhebung war. Unzulässig war danach nicht nur die Klage der GbR auf Nachvergütung für von ihr erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege aus eigenem Recht, sondern auch aus dem von ihr während des Verfahrens geltend gemachten, durch die GmbH in 2011 an sie abgetretenem Recht sowohl für zunächst von der GbR als auch sodann von der GmbH erbrachte Leistungen. Zum Zeitpunkt, zu dem die behauptete Abtretung erfolgt sein soll, war die Kl. bereits vollbeendet und erloschen. Zu diesem Zeitpunkt war sie weder als eine Abtretungsempfängerin rechtlich existent noch für die Geltendmachung abgetretener Rechte beteiligtenfähig.

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2023 - **B 3 KR 2/23 R** - unterliegt die **Versorgung** gesetzlich Krankenversicherter mit **Blutzuckerteststreifen zur Eigenanwendung** jedenfalls **außerhalb von Apotheken** den **Regelungen über die Beziehungen der Krankenkassen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln**. Zwar ist der Anspruch auf Versorgung mit Blutzuckerteststreifen leistungsrrechtlich der Versorgung mit **Arznei- und Verbandmitteln** und nicht der Versorgung mit Hilfsmitteln zugeordnet. Krankenversicherungsrechtlich sind Blutzuckerteststreifen jedoch jedenfalls seit ihrer Einbeziehung in das Medizinprodukterecht 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. Arzneimittelhersteller: Zusatznutzen von Turoctocog alfa pegol (Esperoct®)

SGB V §§ 35a, 130b

Der GBA durfte den **Zusatznutzen von Turoctocog alfa pegol (Esperoct®)** bei der Behandlung und Prophylaxe von Blutungen bei Patienten im Alter von 12 Jahren und älter mit Hämophilie A (angeborener Faktor-VIII-Mangel) verneinen, weil die Kl. den von ihr zu erbringenden Nachweis des Zusatznutzens am Maßstab von evidenzbasierten Studien nicht belegt hat. Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums hat der GBA neun gleichwertig einsetzbare Wirkstoffe (rekombinante oder aus humanem Plasma gewonnene Blutgerinnungsfaktor-VIII-Präparate) als Alternativen der zweckmäßigen Vergleichstherapie festgelegt, ohne dass daraus ein „Versorgungsmix“ abzuleiten wäre. Mangels entsprechender Angaben im Dossier musste die Nutzenbewertung nicht an einer Patienten-Subgruppe gesondert ausgerichtet werden. Die Ermittlung der Therapiekosten von Turoctocog alfa pegol (Esperoct®) auf der Grundlage des ermittelten Jahresdurchschnittsverbrauchs durch den GBA begegnet keinen durchgreifenden Bedenken. Dieses Ergebnis, insbesondere zu den Therapiekosten, steht weder im Widerspruch zur arzneimittelrechtlichen Zulassung noch zu den Fachinformationen zu Esperoct® nach dem maßgeblichen Stand Januar 2020. Es musste auch keine „sachlich-rechnerische“ Richtigstellung der Jahresverbrauchs- bzw. Therapiekosten nach Kap 5 § 20 Abs. 4 VerfO durch den Unterausschuss erfolgen, weil keine Angaben auf Grundlage der Daten zum Zeitpunkt der Beschlussfassung v. 06.02.2020 zu korrigieren waren.

Auf der Grundlage des Nutzenbewertungsbeschlusses hat die bekl. **Schiedsstelle** den **Erstattungsbetrag** für Turoctocog alfa pegol (Esperoct®) beanstandungsfrei festgelegt. Die Bekl. hat den Erstattungsbetrag zu Recht an der Preisobergrenze der wirtschaftlichsten Alternative der zweckmäßigen Vergleichstherapie ausgerichtet, die dem kostengünstigsten humanplasmatischen Arzneimittel Fahndi® entsprach. Einen gewichteten „Versorgungsmix“ hatte die Beklagte nicht zugrunde zu legen. Auch die Versorgungsrealität steht dem festgesetzten Erstattungsbetrag nicht entgegen.

Die Kl. wandte sich gegen einen Schiedsspruch der Bekl. über die Festlegung eines Betrags für ein erstattungsfähiges Arzneimittel mit neuem Wirkstoff sowie den ihm zugrundeliegenden Nutzenbewertungsbeschluss des zu 2 beigel. GBA. Bei der Kl. handelt es sich um ein Tochterunternehmen des dänischen Unternehmens NN. Sie brachte als pharmazeutische Unternehmerin erstmalig am 01.08.2019 das Arzneimittel Esperoct® (Wirkstoff: Turoctocog alfa pegol, zur Herstellung einer Injektionslösung zwischen 500 und 3.000 I.E.) in Deutschland in den Verkehr. Die Europäische Arzneimittel-Agentur erteilte am 20.06.2019 die Zulassung für das Inverkehrbringen von Esperoct®. Zulassungsinhaberin war und ist ausweislich der Fachinformation und des Europäischen öffentlichen Beurteilungsberichts gem. Art. 38 Abs. 3 S. 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31.03.2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (ABI L 136/1) im Anhang I die NN. Inhaberin der alleinigen Vertriebsrechte für Deutschland ist die NN PGmbH. Die arzneimittelrechtliche Zulassung definiert in Übereinstimmung mit den Fachinformationen nach § 11a AMG als Anwendungsgebiet von Esperoct®: „Esperoct® ist ein Arzneimittel zur Behandlung und Vorbeugung von Blutungen bei Patienten mit Hämophilie A, einer durch den Mangel an einem Gerinnungsprotein, dem sogenannten Faktor VIII, bedingten, angeborenen Blutgerinnungsstörung.“ Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Begründung eines Schiedsspruches (Physiotherapie) bis zur letzten mündlichen Verhandlung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.04.2024 - L 1 KR 9/23 KL

RID 24-03-112

Revision anhängig: B 3 KR 9/24 R
www.juris.de=www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 125 V

Leitsatz: Die **Begründung eines Schiedsspruches** nach § 125 Abs. 5 SGB V kann bis zur letzten **mündlichen Verhandlung im Gerichtsverfahren** ergänzt werden.

Im Streit stehen die Schiedssprüche der Bekl., der Schiedsstelle nach § 125 Abs. 6 SGB V, zur Festsetzung des Vertragsinhalts nach § 125 Abs. 5 SGB V (Physiotherapie) vom 08.03.2021 und v. 21.07.2021. Die Kl. zu 2 bis 5 sind Berufsverbände der Physiotherapeuten.

Das **LSG** stellte auf die Klage der Kl. zu 2 und zu 3 fest, dass der Schiedsspruch der Bekl. vom 08.03.2021 rechtswidrig war, soweit die Anlage 2 - Vergütungsvereinbarungen - nicht festgesetzt worden ist. Auf die Klage der Kl. zu 2 bis 5 hob es den Schiedsspruch der Bekl. v. 21.07.2021 auf, soweit die Festsetzung von Zahlungsbeträgen zum Ausgleich der bei den Leistungserbringern im Zeitraum vom 10.01.2021 bis 31.03.2021 eingetretenen

Vergütungsausfälle abgelehnt wurde, und verpflichtete die Bekl., insoweit unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Klagen zurück.

3. Krankentransport: Duldungsvollmacht bei Übernahme der Ergebnisse von Schiedsverfahren

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.07.2024 - L 14 KR 59/24

RID 24-03-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 133

Leitsatz: 1. **Übernimmt** eine Krankenkasse **über Jahre** widerspruchslös die **Ergebnisse von Schiedsverfahren**, die ein bevollmächtigter Krankenkassenverband für andere Krankenkassen mit Krankentransportunternehmen geführt hat, ist sie an das Ergebnis eines weiteren solchen Schiedsverfahrens aufgrund einer **Duldungsvollmacht** gebunden.

2. Eine nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung vereinbarte **Änderung des Abgabepreises** hat keine Auswirkungen auf die von den Versicherten geschuldete **Zuzahlungshöhe**.

3. Die Krankenkasse kann eine Rechnungskürzung wegen **Nichtnutzung des elektronischen Datenaustauschs** nicht geltend machen, wenn ihr mangels Anerkennung der Vergütungsforderung kein Aufwand für eine Nacherfassung entstanden ist.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Vergütungsanspruchs eines Krankentransportunternehmens für im Zeitraum von Januar 2016 bis Dezember 2019 erbrachte Krankentransportleistungen. **SG Berlin**, Urt. v. 31.01.2024 - S 221 KR 1260/21 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 48.370,94 € nebst Verzugszinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung unter Änderung des Zinsanspruchs zurück.

X. Verfahrensrecht

1. Bindung an rechtskräftige Urteile

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 03.07.2024 - L 5 KR 3364/21

RID 24-03-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 141 I Nr. 1; BGB § 197 I Nr. 4

Nach § 141 Abs. 1 Nr. 1 SGG **binden rechtskräftige Urteile**, soweit über den **Streitgegenstand** entschieden worden ist, die Beteiligten und ihre Rechtsnachfolger. Die Streitgegenstände der vorliegenden Klage und des ursprünglichen **Klageverfahrens aus dem Jahr 1994** sowie die Beteiligten sind jeweils identisch. Der Kl. hatte von der Bekl. im damaligen Verfahren bereits die (künftige) Versorgung mit ET-18-OCH3 begehrt. Das SG hatte die Beklagte in Ermangelung einer kausal wirkenden Therapie damals verurteilt, die dem Kl. seit Oktober 1994 für die Beschaffung des jeweils verordneten Medikaments ET-18-OCH3 entstandenen und bei weiterer Notwendigkeit der Verordnung noch entstehenden Kosten unter Berücksichtigung der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen zu erstatten. Dieser gerichtliche Ausspruch ist in materielle Rechtskraft erwachsen. Da die Beteiligten auch im hiesigen Verfahren über die künftige Versorgung mit ET-18-OCH3 streiten, steht einer erneuten, abweichenden Entscheidung die materielle Rechtskraft über diesen Anspruch entgegen.

Nur zur Klarstellung wird noch darauf hingewiesen, dass das Urteil des SG vom 26.11.1996 nicht der dreißigjährigen **Verjährungsfrist** unterliegt. Ein Urteil „verjährt“ nicht. Lediglich die Durchsetzung von Ansprüchen aus rechtskräftigen Urteilen unterliegt gem. § 197 Abs. 1 Nr. 4 BGB der Verjährung. Hierbei ist zu beachten, dass ein Anspruch auf eine laufende Leistung erst entsteht, wenn die laufende Leistung tatsächlich begehrt werden kann; dies ist vorliegend der Fall, wenn vom Kl. eine ärztliche Verordnung über ET-18-OCH3 vorgelegt wird. Erst ab diesem Moment laufen Verjährungsfristen.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 27.09.2021 - S 16 KR 4587/20 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Kl. aufgrund des Urteils des SG Freiburg v. 26.11.1996 (S 5 Kr 2519/94) mit ET-18-OCH3 künftig nach Vorlage entsprechender Verordnungen zu versorgen, und wies die Berufung im Übrigen (Kostenerstattung für die Beschaffung von ET-18-OCH3 für die Vergangenheit) zurück.

XI. Beziehungen zu Krankenkassen

1. BGH: Kein Vollstreckungsauftrag einer Krankenkasse

BGH, Beschluss v. 10.04.2024 - VII ZB 29/23

RID 24-03-115

www.juris.de

SGB X § 66; VwVG § 5 II

Leitsatz: Der nach § 66 Abs. 1 Satz 3 SGB X bestellte **Vollstreckungsbeamte einer gesetzlichen Krankenkasse**, die als bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert ist, stellt keine **Vollstreckungsbehörde** dar, welche den Gerichtsvollzieher im Rahmen der Eigenvollstreckung um Beitreibung einer Geldforderung aus einem Leistungsbescheid des Sozialversicherungsträgers gegen den Schuldner nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB X i.V.m. § 5 Abs. 2 VwVG, § 15a LVwVG BW ersuchen kann.

Die gegen die Weigerung des Gerichtsvollziehers gerichtete Erinnerung der Gläubigerin wies **AG Mosbach** - Vollstreckungsgericht -, Beschl. v. 22.10.2021 - 1 M 995/21 -, die sofortige Beschwerde **LG Mosbach**, Beschl. v. 23.10.2023 - 5 T 55/21 -, die Rechtsbeschwerde der **BGH** zurück.

2. Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte

LSG Saarland, Beschluss v. 16.08.2023 - L 2 KR 3/23 B ER

RID 24-03-116

www.juris.de

SGB V §§ 15 III, VI, 16 IIIa, 82 I, 291 I, 291a III Nr. 3; SGG § 86b II2; BMV-Ä § 19 III

Leitsatz: 1. Die quartalsweise Ausstellung von **Berechtigungsscheinen**, um Versicherten, deren Ansprüche ruhen, zur Realisierung ihrer eingeschränkten Ansprüche zu verhelfen, ist unter § 19 Abs. 3 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) normativ verankert.

2. Solange die technischen Voraussetzungen fehlen, mit der **elektronischen Gesundheitskarte (eGK)** einen ruhenden Anspruch technisch auszuweisen, ist jedenfalls im einstweiligen Rechtsschutz ein Anordnungsgrund auf Ausstellung einer eGK zu verneinen.

SG für das Saarland, Beschl. v. 23.05.2023 - S 15 KR 7/23 ER - lehnte den Antrag im Rahmen einstweiligen Rechtsschutzes auf Ausstellung einer eGK mit uneingeschränkter Legitimationsfunktion ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

3. Keine Pflicht zur Vermittlung von Arztterminen

LSG Hessen, Urteil v. 16.11.2023 - L 1 KR 14/23

RID 24-03-117

www.juris.de

SGB V § 75 I, Ia

Ein Versicherter hat keinen Anspruch darauf, dass ihm die **Krankenkasse Termine bei Haus- und Fachärzten vermittelt**. Eine solche Pflicht besteht nicht aufgrund des Krankenversicherungsverhältnisses. Die Krankenkasse ist für die Vermittlung von Terminen nicht zuständig.

SG Darmstadt, Gerichtsb. v. 04.01.2023 - S 10 KR 337/22 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 17.07.2024 - B 1 KR 5/24 BH - juris verwarf u.a. die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

XII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Arzneimittel

a) BVerfG: Prophylaktische Anwendung zum Schutz des Ungeborenen (Cytotect CP Biotest)

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka, Beschluss v. 26.06.2024 - 1 BvR 1552/23

RID 24-03-118

www.juris.de

SGB V § 2 Ia; GG Art. 2 II 1

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 24.01.2023 - B 1 KR 7/22 R - BSGE 135, 226 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 21 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Anforderung an eine **extreme notstandsähnliche Gefährdungslage** einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung kann nur unter Einbeziehung einer Eintrittswahrscheinlichkeit bestimmt werden. Die bloße Möglichkeit eines letalen Krankheitsverlaufs ausreichen zu lassen, würde dem Ausnahmecharakter des grundrechtsunmittelbaren Leistungsanspruchs nicht gerecht. Die Möglichkeit eines letalen Verlaufs muss sich daher in einer Weise verdichtet haben, dass Versicherte nach allen verfügbaren medizinischen Hilfen greifen müssen (vgl. BVerfGE 140, 229 <236 Rn. 18>). Es begegnet keinen Bedenken, wenn das BSG aus § 2 Abs. 1a SGB V das Kriterium der „**regelmäßig tödlichen Erkrankung**“ aufgreift und hieraus ableitet, dass der tödliche Ausgang die Regel und der nicht tödliche Verlauf die Ausnahme darstellen müsse. Auch wenn die im Rahmen des grundrechtsunmittelbaren Leistungsanspruchs gebotene Betrachtung der Umstände der individuellen Lage (vgl. BVerfGE 140, 229 <236 Rn. 18>) gegen eine ausschließlich schematische Betrachtung nach statistischen Wahrscheinlichkeitswerten spricht, lässt sich aus der BVerfG-Rspr. und dem dort stets betonten Ausnahmecharakter eines grundrechtsunmittelbaren Anspruchs die Anforderung einer großen oder hohen Wahrscheinlichkeit eines letalen Verlaufs ableiten.

Diese Voraussetzung nicht als gegeben anzunehmen, wenn die **Wahrscheinlichkeit eines Verlaufs ohne schwerwiegende Schädigung** deutlich überwiegt, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Das BSG hat keine „Mindest-Todeswahrscheinlichkeit“ von mehr als 50 Prozent als konstitutive und starre Anspruchsvoraussetzung des § 2 Abs. 1a SGB V implementiert.

b) Sperrwirkung des Arzneimittelrechts (Translarna <Ataluren> bei Duchenne-Muskeldystrophie)

BSG, Urteil v. 29.06.2023 - B 1 KR 35/21 R

RID 24-03-119

BSGE = SozR 4-2500 § 2 Nr. 22 = Die Leistungen Beilage 2023, 324 = KrV 2023, 195 = Pharma Recht 2023, 581 = MedR 2024,

201 = GesR 2024, 252 = RdLH 2024, 63

Leitsatz: 1. Versicherte haben auch bei einer **lebensbedrohlichen** oder regelmäßig tödlichen **Erkrankung** keinen Anspruch auf Versorgung mit einem **Arzneimittel**, wenn die europäische Arzneimittelzulassungsbehörde im zentralisierten Zulassungsverfahren die Zulassung des Arzneimittels zur Behandlung dieser Erkrankung bereits abgelehnt hat oder eine dem gleichzustellende negative Prüfung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) vorgenommen worden ist.

2. Die **Sperrwirkung des Arzneimittelrechts** kann überwunden werden, wenn neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, die zumindest die Voraussetzungen einer vereinfachten, gegebenenfalls bedingten Zulassung dieses Arzneimittels erfüllen, und die aus Studienergebnissen folgen, die zeitlich nach der ablehnenden Zulassungsentscheidung veröffentlicht werden.

c) Cannabis: Vertragsärztliche Verordnung

BSG, Urteil v. 20.03.2024 - B 1 KR 24/22 R

RID 24-03-120

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Steht die allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende multimodale Schmerztherapie zur Verfügung, bedarf es einer **begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes**, nach der diese Leistung unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann. Eine Bezugnahme auf eine anderweitige Stellungnahme ersetzt die erforderliche eigene Abwägungsentscheidung grundsätzlich nicht. Die begründete Einschätzung des behandelnden Arztes ist Leistungsvoraussetzung und als solche - auch ohne gerichtlichen Hinweis - bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung vor dem LSG von der Versicherten beizubringen oder erforderlichenfalls zu ergänzen.

Für die Genehmigung nach § 31 Abs. 6 SGB V ist auch die **Angabe der beabsichtigten Einzel- und Tagesdosis** erforderlich. Eine den Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V begründende Genehmigungsfiktion kann bei Fehlen dieser Angabe schon mangels hinreichender Bestimmtheit des Antrags nicht eintreten.

2. Hilfsmittel

a) Geh- und Stehtrainer Innowalk®

BSG, Urteil v. 21.06.2023 - B 3 KR 8/21 R

RID 24-03-121

BSGE = SozR 4-2500 § 33 Nr. 57 = Die Leistungen Beilage 2023, 421 = KrV 2023, 242 = MedR 2024, 375 = NZS 2024, 382 = FEVS 75, 289 = GesR 2024, 526

Leitsatz: Das Fehlen einer positiven Bewertung der einem **Hilfsmittel** zugrunde liegenden **Behandlungsmethode** durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) steht der Leistungspflicht der Krankenkassen zur Versorgung mit diesem Hilfsmittel nicht entgegen, wenn es als untrennbarer Bestandteil einer Behandlungsmethode eingesetzt wird, von der der GBA nach Prüfung mit normativer Wirkung festgestellt hat, dass sie im Vergleich zum bereits etablierten Hilfsmiteleinsatz keine wesentlichen, bisher nicht geprüften Änderungen aufweist.

b) Hochbrechende Kunststoffgläser für Kindern und Jugendliche

BSG, Urteil v. 18.04.2024 - B 3 KR 16/22 R

RID 24-03-122

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die **Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mit Sehhilfen** zur Behebung des akkommodativen Schielens unterliegt weder direkt noch mittelbar den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie zur Verbesserung der Sehschärfe.

Abgabeanforderungen für Brillengläser zur Verbesserung der Sehschärfe kann Bindungswirkung für die **Versorgung mit therapeutischen Sehhilfen** nur zukommen, soweit der Hilfsmittel-Richtlinie des GBA deren entsprechende Geltung in einer für die Zwecke der Massenverwaltung - nicht zuletzt im Interesse der anspruchsberechtigten Versicherten - hinreichend deutlichen Weise entnommen werden kann.

c) Lagerungsmatratze zur Linderung von Schlafstörungen bei Kindern

BSG, Urteil v. 18.04.2024 - B 3 KR 17/22 R

RID 24-03-123

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Der Versorgung mit einer **Matratze**, die zur Linderung von Schlafstörungen bei Kindern mit stark beeinträchtigter Mobilität beitragen soll, steht derzeit die **Sperrwirkung des Methodenbewertungsvorbehalts** nach § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V entgegen.

3. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Mehrerer Leiden bei Aufnahme: Festlegung der Hauptdiagnose nach Gewichtung

BSG, Urteil v. 29.08.2023 - B 1 KR 25/22 R

RID 24-03-124

SozR 4-5562 § 9 Nr. 2 = KRS 2024, 101

Leitsatz: Liegen bei Aufnahme eines Versicherten in ein Krankenhaus bei diesem **mehrere Leiden** objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind, sind diese für die **Festlegung der Hauptdiagnose** nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu **gewichten**, unabhängig von der Erkennbarkeit sämtlicher stationär behandlungsbedürftiger Leiden im Zeitpunkt der Aufnahme.

b) Aufschlagszahlung

BSG, Urteil v. 19.10.2023 - B 1 KR 8/23 R

RID 24-03-125

SozR 4-2500 § 275c Nr. 2 = KH 2024, 241 = ZMGR 2024, 22 = KrV 2024, 16 = KRS 2024, 118 = GesR 2024, 259

Leitsatz: Eine Krankenkasse darf für eine vom Medizinischen Dienst beanstandete Schlussrechnung eines Krankenhauses von diesem eine **Aufschlagszahlung** nur erheben, wenn die Einleitung der Rechnungsprüfung ab dem 1.1.2022 erfolgt ist.

c) Fälligkeit und vorherige Prüfung der Rechnung

BSG, Urteil v. 12.12.2023 - B 1 KR 1/23 R

RID 24-03-126

SozR 4-2500 § 112 Nr. 10 = KRS 2024, 149

Leitsatz: 1. Liegt eine Voraussetzung eines **Diagnosekodes** des systematischen Verzeichnisses des ICD-10-GM eindeutig nicht vor, kann dieser selbst dann nicht **kodiert** werden, wenn sowohl das alphabetische Verzeichnis als auch das Exklusivum eines anderen Codes für eine bestimmte Erkrankung hierauf verweisen.

2. Eine landesvertragliche Regelung zur **Vereinbarung kurzer Zahlungsfristen** für die Begleichung der Krankenhausrechnung kann im Einklang mit höherrangigem Recht so ausgelegt werden, dass die Krankenkasse hieraus **nicht zur Zahlung der Vergütung zu verurteilen** ist, wenn sie im Verlauf eines gerichtlichen Verfahrens oder bereits davor substantiierte und der Höhe nach bezifferte Einwendungen gegen die Abrechnung geltend macht.

d) Aufwandspauschale: Zweijährige Verjährungsfrist

BSG, Urteil v. 12.12.2023 - B 1 KR 32/22 R

RID 24-03-127

SozR 4-2500 § 109 Nr. 91 = KRS 2024, 174

Leitsatz: Die kurze **zweijährige Verjährungsfrist** in krankenhausvergütungsrechtlichen Streitigkeiten ist erst ab ihrem Inkrafttreten am 1.1.2019 auf **Aufwandspauschalen** analog anwendbar.

4. Schadensersatzanspruch: Informationspflichten einer Apotheke gegenüber Krankenkasse

BSG, Urteil v. 22.02.2024 - B 3 KR 14/22 R

RID 24-03-128

BSGE = SozR 4-2500 § 69 Nr. 14 = KrV 2024, 112 = A&R 2024, 151 = ZMGR 2024, 143 = GesR 2024, 469

Leitsatz: Im **Leistungserbringungsrecht** der gesetzlichen Krankenversicherung können **ungeschriebene vertragliche Nebenpflichten** bestehen, deren Verletzung einen vertraglichen **Schadensersatzanspruch** begründet.

5. Pharmazeutischer Großhändler: Belieferung von Vertragsärzten mit Röntgenkontrastmitteln

BSG, Urteil v. 21.09.2023 - B 3 KR 4/22 R

RID 24-03-129

BSGE = SozR 4-2500 § 83 Nr. 6 = A&R 2023, 314 = NZS 2024, 216 = ZMGR 2024, 77 = GesR 2024, 518

Leitsatz: 1. Ein **pharmazeutischer Großhändler** hat nach Maßgabe einer **Sprechstundenbedarfsvereinbarung** Anspruch auf Vergütung von aufgrund vertragsärztlicher Verordnung von **Kontrastmitteln** als Sprechstundenbedarf **direkt an Vertragsarztpraxen** gelieferten Kontrastmitteln gegen die Krankenkassen.

2. Ohne hinreichende normative Grundlage schließen Rahmenverträge mit anderen Lieferanten den **Vergütungsanspruch** der auf vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf direkt an Vertragsärzte Kontrastmittel liefernden, nicht bezuschlagten Großhändler nicht aus.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 21.09.2023 - B 3 KR 6/22 R

RID 24-03-130

PharmR 2024, 113 = KrV 2024, 32 = NZS 2024, 420

6. Hilfsmittelerbringer

a) Antrag zur Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis

BSG, Urteil v. 14.06.2023 - B 3 KR 10/21 R

RID 24-03-131

BSGE = SozR 4-2500 § 139 Nr. 12 = KrV 2023, 245

Leitsatz: Das **Absatzinteresse** eines Vertriebsunternehmens begründet kein schutzwürdiges rechtliches Interesse an der Aufnahme eines von ihm vertriebenen Produkts in das **Hilfsmittelverzeichnis** der gesetzlichen Krankenversicherung, weshalb für entsprechende **Klagen** in gewillkürter Prozessstandschaft für den jeweiligen Hersteller grundsätzlich kein Raum ist (Aufgabe von BSG vom 22.4.2009 - B 3 KR 11/07 R = BSGE 103, 66 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 22).

b) Abgabe von Harn- und Blutteststreifen durch nichtärztliche Leistungserbringer

BSG, Urteil v. 30.11.2023 - B 3 KR 2/23 R

RID 24-03-132

BSGE = SozR 4-2500 § 33 Nr. 59 = KrV 2024, 68 = MPR 2024, 71 = SGB 2024, 48

Leitsatz: 1. **Harn- und Blutteststreifen zur Eigenanwendung** können jedenfalls außerhalb von Apotheken durch **nichtärztliche Leistungserbringer** nur auf Grund eines Vertrags zur Hilfsmittelversorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

2. Bis zur **Einführung des Schiedsverfahrens** bei fehlender Einigung über Einzelheiten der Hilfsmittelversorgung konnte ein Leistungserbringer den **Beitritt zu einem Vertrag zur Hilfsmittelversorgung** mit der Ankündigung verbinden, Vertragsbedingungen zur gerichtlichen Überprüfung zu stellen.

7. Häusl. Krankenpflege: Keine Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge nach Beendigung einer GbR

BSG, Urteil v. 22.02.2024 - B 3 KR 12/22 R

RID 24-03-133

KrV 2024, 120

Ein **GbR** ist mit **Übertragung sämtlicher Anteile** an ihr mit allen Aktiva und Passiva durch ihre Gesellschafter auf eine GmbH liquidationslos **vollbeendet** und erloschen spätestens zum Zeitpunkt der Eintragung der GmbH in das Handelsregister. Jedenfalls zu diesem vor Klageerhebung liegenden Zeitpunkt endete die Beteiligtenfähigkeit der Kl. Die beteiligtenfähige GmbH wird nicht durch einen gesetzlichen Beteiligtenwechsel im Verfahren zur Kl., wenn sie **Gesamtrechtsnachfolgerin** der kl. GbR bereits **vor** deren **Klageerhebung** war.

Unzulässig ist danach nicht nur die **Klage** der GbR auf **Nachvergütung** für von ihr erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege aus eigenem Recht, sondern auch aus dem von ihr während des Verfahrens geltend gemachten, durch die GmbH in 2011 an sie abgetretenem Recht sowohl für zunächst von der GbR als auch sodann von der GmbH erbrachte Leistungen. Zum Zeitpunkt, zu dem die behauptete Abtretung erfolgt sein soll, war die Kl. bereits vollbeendet und erloschen.

8. Keine Teilnahmeberechtigung einer BAG an amb. spezialfachärztl. Versorgung

BSG, Urteil v. 21.09.2024 - B 3 KR 9/22 R

RID 24-03-134

BSGE = SozR 4-2500 § 116b Nr. 4 = GesR 2024, 116 = KrV 2024, 26

Leitsatz: Eine **Berufsausübungsgemeinschaft** ist nicht selbst zur Teilnahme an der ambulanten **spezialfachärztlichen Versorgung** berechtigt, weil sie im Sinne der Regelungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung kein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer ist.

9. Amtsenthebung des Geschäftsführers eines MDK

BSG, Urteil v. 19.10.2023 - B 1 KR 22/22 R

RID 24-03-135

BSGE = SozR 4-2400 § 63 Nr. 1 = KrV 2024, 73 = GesR 2024, 308

Leitsatz: Bei der **Amtsenthebung** eines (vormaligen) **Geschäftsführers eines Medizinischen Dienstes** der Krankenversicherung aufgrund eines groben Amtspflichtverstoßes handelt es sich um eine personelle Angelegenheit, bei der die **Öffentlichkeit** von Gesetzes wegen ausgeschlossen ist.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Approbation/Berufserlaubnis

a) Ablehnung der ärztlichen Approbation wegen Unwürdigkeit (Totschlag)

OVG Niedersachsen, Urteil v. 22.05.2024 - 8 LB 101/23

RID 24-03-136

www.juris.de

BÄO § 3 I 1 Nr. 2; BZRG §§ 51, 52 I Nr. 4

Leitsatz: Eine erhebliche Gefährdung der Allgemeinheit i.S.d. § 52 Abs. 1 Nr. 4 BZRG, die eine Durchbrechung des Verwertungsverbots des § 51 BZRG ermöglicht, kann auch in Fällen gegeben sein, in denen die **Ablehnung** der Erteilung der **ärztlichen Approbation** wegen **Unwürdigkeit** in Betracht zu ziehen ist. Sie liegt vor, wenn die Erteilung der Approbation eine besonders schwerwiegende Erschütterung des Vertrauens in die Integrität der Ärzteschaft zur Folge hätte, so dass der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung die Versagung auch unter Berücksichtigung des Gewichts der Berufsfreiheit und des Resozialisierungsinteresses zwingend gebietet.

b) Widerruf einer Berufserlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs

VG München, Beschluss v. 09.02.2023 - M 27 SE 23.166

RID 24-03-137

www.juris.de

BÄO § 10 III; VwGO § 80; VwVfG Bayern Art. 48 ff.

Unabhängig von der Rechtmäßigkeit der Durchführung der **Kenntnisprüfungen** ist es nicht ermessensfehlerhaft, die aus den Kenntnisprüfungen gewonnenen Erkenntnisse der **Ermessensentscheidung** gleichlaufend mit anderweitig bekanntwerdenden Erkenntnissen zugrunde zu legen. Die Belange des **Patientenschutzes** überwiegen das Interesse der Ast. an einem Unterbleiben der Verwertung. Dafür spricht insb. auch, dass die Kenntnisprüfungen nach Aktenlage behördenseitig gerade nicht mit dem Ziel einer Erkenntnisgewinnung hinsichtlich des Vorliegens einer Patientengefährdung durchgeführt wurden, sondern um einem voraussichtlich erfolglosen Gleichwertigkeitsprüfungsverfahren vorzubeugen

c) Psychotherapeutenausbildung: Studiengang „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ (Kassel)

VGH Bayern, Beschluss v. 21.06.2024 - 21 ZB 22.249

RID 24-03-138

www.juris.de

PsychThG §§ 5 II 1 Nr. 1 Buchst. A, 27 II 1

Der mit der Masterprüfung abgeschlossenen **Studiengang „Klinische Psychologie und Psychotherapie“** an der **Universität Kassel** in den Jahren 2014 bis 2016 ist als „**Abschlussprüfung** im Studiengang Psychologie, die das Fach Klinische Psychologie einschließt“ im Sinne des § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 Buchst. a PsychThG (a.F.) zu qualifizieren.

d) Ärztliche Ausbildung in der Republik Armenien

VG Köln, Urteil v. 30.01.2024 - 7 K 5817/21

RID 24-03-139

www.juris.de

BÄO § 3

Die Erteilung einer Approbation gem. § 3 Abs. 3 S. 1 BÄO setzt eine **Spezialisierung** voraus. Eine im Anschluss an ein Hochschulstudium erforderliche **praktische Zeit** gehört zur ärztlichen Ausbildung und deren Ableistung ist Voraussetzung der Erteilung einer Approbation gem. § 3 Abs. 3 S. 1 BÄO.

2. Strafrecht

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Körperverletzung mit Todesfolge: Laserconchotomie ohne postoperative Überwachung

BGH, Beschluss v. 18.06.2024 - 5 StR 67/24

RID 24-03-140

www.juris.de

StGB §§ 223, 227

Die Revision des Angekl. gegen **LG Hamburg**, Urt. v. 08.06.2023 - 604 Ks 10/21 - juris wird verworfen. Das LG hatte den Angekl. wegen Körperverletzung mit Todesfolge zu einer Geldstrafe von 150 Tagessätzen zu je 440 € verurteilt und zugleich ausgesprochen, dass die Geldstrafe zur Entschädigung für eine überlange Verfahrensdauer in voller Höhe als vollstreckt gilt.

Nach den Feststellungen des LG führte der Angeklagte als HNO-Arzt in seiner Praxis ambulante Operationen durch. Am 14.03.2007 nahm er bei dem neunjährigen Sohn der Nebenkläger eine **Laserconchotomie (operative Verkleinerung der Nasenmuschel)** vor. Nach dem komplikationslos verlaufenen Eingriff wurde der narkotisierte Patient im **Aufwachraum** in stabile Seitenlage verbracht. Als der Angeklagte **nach zehn Minuten** das nächste operierte Kind in den Aufwachraum brachte, stellte er fest, dass der Sohn der Nebenkläger **nicht mehr atmete**. Obwohl ihm zunächst noch eine Reanimation gelang und der Patient mit dem Hubschrauber in eine Klinik verbracht wurde, verstarb das Kind eine Woche später an einer durch Sauerstoffmangel ausgelösten schweren Hirnschädigung. Ursache war eine bei derartigen Eingriffen häufig auftretende Blutung, welche die Atemwege des Kindes verstopft hatte. Da wegen der noch wirkenden Narkose der Hustenreflex unterdrückt war, hatte dies zum Atemstillstand geführt. Bei Einhaltung der seinerzeit geltenden **ärztlichen Standards** wäre der Tod des Patienten vermieden worden. Hierzu hätte u.a. gehört, die **Sauerstoffsättigung des Blutes durch Verwendung eines sog. Pulsoxymeters laufend zu kontrollieren**. Zudem wäre erforderlich gewesen, das **Atmen des Kindes lückenlos durch geschultes Personal überwachen** zu lassen. Diese Vorkehrungen wurden in der Praxis des Angekl., wie ihm bekannt war, zur Tatzeit jedoch regelmäßig und auch im Fall des Sohnes der Nebenkl. unterlassen.

Das im April 2007 eingeleitete Ermittlungsverfahren gegen den Angekl. wurde im Folgejahr zunächst nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt. Im Jahr 2011 wurde es aufgrund einer Strafanzeige wieder aufgenommen und 2013 erneut eingestellt, nunmehr gemäß § 153a Abs. 1 StPO gegen eine Geldzahlung von 5.000 Euro. Zur Anklageerhebung gegen den Angekl. kam es erst 2021, nachdem das **BVerfG** zwischenzeitlich zweimal Entscheidungen des OLG Hamburg aufgehoben hatte, mit denen dieses das von den Nebenkl. 2014 angestrebte Klageerzwingungsverfahren einmal als unzulässig und einmal als unbegründet verworfen hatte.

Die Überprüfung des Urteils auf die Revision des Angeklagten hat keinen Rechtsfehler zu seinem Nachteil ergeben. Das Urteil des LG ist damit rechtskräftig.

Vgl. Mitteilung der Pressestelle des BGH Nr. 141/2024 v. 18.06.2024 - <https://juris.bundesgerichtshof.de>

bb) Sterilisation von zwei unter Betreuung stehenden Patienten

BGH, Beschluss v. 17.04.2024 - 1 StR 403/23

RID 24-03-141

www.juris.de

StGB §§ 24, 226 I

Das **Landgericht** hat den Angeklagten wegen vorsätzlicher Körperverletzung in Tateinheit mit versuchter schwerer Körperverletzung sowie wegen schwerer Körperverletzung zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr verurteilt, deren Vollstreckung es zur Bewährung ausgesetzt hat. Nach den Feststellungen des Landgerichts führte der Angeklagte bei einer Operation eines Patienten zur Behebung eines beidseitigen Leistenbruchs auf Grund einer **Personenverwechslung zugleich eine Sterilisation** durch. Unmittelbar nach Erkennen der Personenverwechslung legte der Angeklagte seinen Irrtum offen und vermittelte den Patienten an einen Spezialisten für Refertilisation. Zwei Wochen später konnte die Zeugungsfähigkeit des Patienten durch eine mehrstündige Operation - nicht ausschließbar - wiederhergestellt werden. Bei dem Patienten, den der Angeklagte zunächst glaubte zu sterilisieren, führte er den Eingriff kurze Zeit später durch, **ohne** dass die hierfür erforderliche **Genehmigung des Betreuungsgerichts** vorlag.

Die Revision des Angeklagten hat Erfolg, soweit das Landgericht den Angeklagten wegen der Sterilisation des Patienten, dessen Zeugungsfähigkeit später - nicht ausschließbar - wiederhergestellt wurde, wegen versuchter schwerer Körperverletzung verurteilt hat. Insoweit ist das Landgericht bei der **Beurteilung der Freiwilligkeit des Rücktritts vom Versuch** von einem unzutreffenden rechtlichen Maßstab ausgegangen. Im Übrigen hat die Nachprüfung des Urteils keinen Rechtsfehler zum Nachteil des Angeklagten ergeben. Im Umfang der Aufhebung muss eine andere Jugendschutzkammer des Landgerichts über den Tatvorwurf neu verhandeln und entscheiden.

Vgl. Pressemitteilung des BGH Nr. 111/2024 - <https://juris.bundesgerichtshof.de/>

b) Sterbehilfe: Verurteilung wegen Totschlags

LG Berlin I, Urteil v. 08.04.2024 - (540 Ks) 278 Js 405/21 (2/23), 540 Ks 2/23

RID 24-03-142

www.juris.de

StGB §§ 212, 213

Befand sich die Geschädigte hinsichtlich ihres Todeswunsches im **Zustand eines erheblichen Willens- und Verantwortlichkeitsdefizits**, als sie in die von dem angekl. Arzt durchgeführten Maßnahmen zur Herbeiführung ihres Todes einwilligte und schließlich die Infusion mit der Thiopental-Lösung in Gang setzte, führte dies dazu, dass sie im rechtlichen Sinne **nicht freiverantwortlich** handelte. Der Angekl. hatte von den tatsächlichen Umständen, die diese Defizite begründeten, auch Kenntnis. Zudem litt die Geschädigte zum Zeitpunkt des Öffnens der Thiopental-Infusion an einem erheblichen **Wissensdefizit** und war infolgedessen nicht fähig, das Für und Wider ihrer Suizidentscheidung realitätsgerecht abzuwägen. Nach der gebotenen wertenden Betrachtung im Einzelfall begründete das **überlegene Wissen des Angekl.** jedenfalls im Zusammenwirken mit der krankheitsbedingt erheblichen Beeinträchtigung der Geschädigten auf motivationaler Ebene auch die **objektive Tatherrschaft** des Angekl. Es kommt hinzu, dass die Geschädigte im Rahmen des Gesamtplans zwar die Herrschaft über den (aller-)letzten Schritt - das Ingangsetzen der Thiopental-Infusion - besaß, der Angekl. jedoch zuvor **zentrale Handlungsbeiträge erbracht** hat, die diejenigen der Geschädigten deutlich überwogen. So hat er zunächst das todbringende Medikament beschafft, zu dem die Geschädigte selbst keinen Zugang hatte. Er hat sodann der Geschädigten den Zugang in den linken Arm gelegt und dessen Funktionsfähigkeit mittels einer Natriumchlorid-Infusion überprüft. Er hat alsdann den zweiten Infusionsbehälter mit dem Thiopental vorbereitet und anschließend an das Infusionssystem angeschlossen.

Das **LG** verurteilte den Angekl. wegen Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren und sprach ihn im Übrigen frei.

c) Verstoß gegen das Recht der Auszubildenden auf sexuelle Selbstbestimmung

VG Münster, Urteil v. 17.04.2024 - 16 K 1372/23.T

RID 24-03-143

www.juris.de

HeilBerG NRW § 29; StGB § 184i

Wer Straftaten gegen das **Recht seiner Auszubildenden auf sexuelle Selbstbestimmung** begeht, handelt in berufsbezogener Weise nicht vertrauensvoll. Das mit den Bestimmungen der § 29 Abs. 1 HeilBerG NRW, § 2 Abs. 2 S. 1 BO angesprochene zu schützende Vertrauen betrifft zuvörderst - so namentlich die Formulierung in § 2 Abs. 2 S. 1 BO - die **ordnungsgemäße Berufsausübung**. Hieran fehlt es im vorliegenden Fall, auch wenn dem Beschuldigten keine Übergriffe zu Lasten seiner Patientinnen und Patienten vorgeworfen werden. Das in Rede stehende Verhalten des Beschuldigten ist gleichwohl mit einer ordnungsgemäßen Berufsausübung unvereinbar, da es in einem eklatanten Widerspruch zu den beruflichen Pflichten und Werten eines Arztes - hier der Achtung des sexuellen Selbstbestimmungsrechts anderer Personen - steht.

d) Abrechnung ohne erforderliche Dokumentation: Betrug/Fälschung beweisbarer Daten

AG Neu-Ulm, Urteil v. 26.06.2024 - 2 Ls 106 Js 10145/22

RID 24-03-144

www.juris.de

StGB §§ 263, 269 I

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin macht sich wegen **Betrugs** strafbar, wenn er die GOP 35100 EBM (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) **ohne die von der Leistungslegende geforderte Anfertigung eines schriftlichen Vermerks (Dokumentation)** über ätiologische Zusammenhänge, d.h. über das Bestehen oder Nichtbestehen eines Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen (somatischen) Beschwerden, in Kenntnis dieser Dokumentationspflichten abrechnet (hier: Abrechnung der GOP in den Quartalen I/19 bis III/20 ohne Dokumentation in 5.376 von insgesamt 7.016 Fällen, Schaden in Höhe von insgesamt 96.357,14 €).

Ergänzt ein Arzt die von der KV im Rahmen eines Plausibilitätsverfahrens angeforderten **Dokumentationen** vor dem Ausdruck und der Einreichung bei der KV **mit frei erfundenen Anamneseprotokollen und Behandlungen**, so handelt es sich um eine **Fälschung beweisbarer Daten** (§ 269 Abs. 1 StGB).

Das AG stellte fest, dass der Angeklagte schuldig des Betrugs in sieben Fällen mit Fälschung beweisbarer Daten in fünf tateinheitlichen Fällen ist, und verurteilte ihn zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr 3 Monaten.

3. Berufspflichten

a) Werbung mit der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Berufsgericht für Heilberufe Köln, Beschluss v. 16.08.2023 - 37 K 5786/22.T

RID 24-03-145

www.juris.de

HeilBerG NRW § 29 I; BO Nordrhein §§ 3, 27 III

Ein Arzt verstößt gegen seine Berufspflichten, indem er mit Webseiten beim Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zusammenarbeitet und duldet, dass erstens im Zusammenhang mit seiner (vertrags-)ärztlichen Tätigkeit für eine gewerbliche Tätigkeit der die Webseiten betreibenden Gesellschaften auf den Webseiten geworben wird, dass zweitens irreführend geworben wird und dass drittens auf den Webseiten berufswidrig **mit der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung geworben** wird, obwohl es sich bei der Ausstellung einer AU um eine berufliche Verpflichtung handelt, wenn ein Arzt nach erfolgter Behandlung und Feststellung der Arbeitsunfähigkeit seinem Patienten dessen Arbeitsunfähigkeit schriftlich zur Vorlage beim Arbeitgeber bestätigt.

Hierbei handelte der Beschuldigte aber **nicht schuldhaft**, weil er einem unvermeidbaren Verbotsirrtum (§ 17 StGB) unterlag. Zunächst steht hier aufgrund der Einlassungen des Beschuldigten im

berufsgerichtlichen Verfahren fest, dass ihm in Bezug auf die oben dargestellte Berufswidrigkeit seiner Zusammenarbeit mit den Webseiten das Unrechtsbewusstsein fehlte. Der Beschuldigte hat stets zum Ausdruck gebracht, dass Verstöße gegen das Berufsrecht nicht vorlägen, wenn und soweit er die in Bezug auf die Durchführung von Videosprechstunden geltenden Vorschriften einhält. Dieser **Verbotsirrtum** war vorliegend unvermeidbar.

b) Wiederaufnahmeantrag: Formerfordernis

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 09.07.2024 - 36 E 225/24.T

RID 24-03-146

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 105, 106; StPO § 366 II

Leitsatz: 1. Unzulässiger **Wiederaufnahmeantrag** in einem heilberufsgerichtlichen Verfahren.
2. Nach § 106 Sätze 1 und 2 HeilBerG, § 366 Abs. 2 StPO kann ein Wiederaufnahmeantrag auch im heilberufsgerichtlichen Verfahren von dem Beschuldigten nur mittels einer **von dem Verteidiger oder einem Rechtsanwalt unterzeichneten Schrift** oder zu Protokoll der Geschäftsstelle angebracht werden.

c) Beschwerde gegen Entscheidung des Berufsgerichts: Anwaltszwang

OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 29.07.2024 - OVG 90 H 1/23

RID 24-03-147

www.juris.de

HeilBKG Berlin §§ 60 I, 63 II, 82 IV; VwGO §§ 67 IV, 147 I 2; ZPO § 78 III

Leitsatz: Nach dem Berliner Heilberufekammergesetz kann ein Arzt die Beschwerde gegen eine Sachentscheidung des Verwaltungsgerichts Berlin - Kammer für Heilberufe - nicht selbst einlegen.

d) Zahnärztlicher Notfalldienst: Pflicht zur Vertreterbestellung

Berufsgericht für Heilberufe Münster, Beschluss v. 05.06.2024 - 18 K 2105/23.T

RID 24-03-148

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 29, 32 S. 2

Leitsatz: Die **Pflicht zur Teilnahme am zahnärztlichen Notfalldienst** umfasst auch die Pflicht des Zahnarztes, im Fall der Verhinderung **selbst für eine Vertretung zu sorgen** und dies der für ihn zuständigen Stelle mitzuteilen. Eine bloße Benachrichtigung der zuständigen Stelle über die Verhinderung zur Wahrnehmung des Notfalldienstes reicht nicht aus.

4. Weiterbildung

a) Anrechnung von Weiterbildungszeiten in belegärztlicher Abteilung

VG München, Urteil v. 06.06.2024 - M 27 K 23.261

RID 24-03-149

www.juris.de

HKG Bayern §§ 27, 29, 31 I, 33 I

Wird eine **Weiterbildungsbefugnis** für die beiden Weiterbildungsstätten **Praxis und Krankenhaus** erteilt, ohne dass diese Weiterbildungsbefugnis mit einer einschränkenden Nebenbestimmung dahingehend versehen wird, dass eine Weiterbildung sowohl stationär als auch ambulant erfolgen müsste und zu welchen Anteilen diese Weiterbildungszeiten erfolgen müssten, ist eine ausschließlich stationäre Weiterbildung grundsätzlich möglich. Diese kann auch in einer **belegärztlichen Abteilung** erfolgen.

Trotz des **Fehlens einer formalen Weiterbildungsbefugnis** kann ein Zeitraum anererkennungsfähig sein, wenn die ärztliche Tätigkeit unter Anleitung **gleichwertig** ist. Die Gleichwertigkeit ist gegeben, wenn die inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen dieser Weiterbildungsordnung an den Erwerb der vorgeschriebenen ärztlichen Kompetenz erfüllt sind, § 10 S. 2 WBO 2010.

Das Merkmal der **persönlichen Leitung** nach § 5 Abs. 2 S. 2 WBO 2010 ist nicht als Erfordernis einer ständigen, ganztägigen Präsenz des Weiterbilders auszulegen.

Der Weiterbildungszeitraum ist auch nicht anteilig um den in Form von **Nacht- und Wochenenddiensten** abgeleisteten Anteil der Arbeitszeit zu kürzen. Die Ableistung von Diensten ist Teil der Weiterbildung.

b) Tätigkeit auf Grundlage einer Berufserlaubnis keine Weiterbildungszeit

VG Bremen, Beschluss v. 27.06.2024 - 5 V 923/24

RID 24-03-150

www.juris.de

HeilBerG Bremen §§ 37 VIII 2, 43 II

Leitsatz: Keine Anerkennung einer **Tätigkeit auf der Grundlage einer Berufserlaubnis** nach § 10 BÄO als **Weiterbildungszeit** für die Weiterbildung zum Facharzt.

c) Eignung von Weiterbildern/Weiterbildungsassistent

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 29.08.2023 - 18 K 3660/21

RID 24-03-151

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 37, 42; GG Art. 12 I

Leitsatz: 1. Da Ziel und Zweck der ärztlichen Weiterbildung u.a. die Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung ist, sind an die persönliche wie auch die fachliche **Eignung von Weiterbildern** hohe Anforderungen zu stellen. Die Ermächtigung ist dementsprechend nicht nur zu versagen, falls die Eignung fehlt, sondern bereits dann, wenn sie nicht **positiv festgestellt** werden kann, mit anderen Worten, wenn Zweifel an der Eignung des Kammermitglieds bestehen, die nicht ausgeräumt werden können.

2. Gegenstand der im Rahmen der Erteilung einer Befugnis zur Weiterbildung von Ärzten erforderlichen **persönlichen Eignung** des Weiterbilders sind zum einen die Befähigung, Weiterbildungsinhalte gründlich und angemessen zu vermitteln (im weitesten Sinne **pädagogische** Persönlichkeitsmerkmale), zum anderen **charakterliche** Merkmale. Der Begriff der persönlichen Eignung setzt nicht nur Unbescholtenheit, sondern auch die Bereitschaft und Fähigkeit zur Wissensvermittlung an jüngere Kollegen und eine kontinuierliche unmittelbare Beaufsichtigung voraus. Die Eignung kann schon fehlen, wenn dem Arzt Versäumnisse in der Anleitung seiner Assistenten vorzuwerfen sind, er den Assistenten z.B. allein in einer (Zweig)Praxis arbeiten lässt, oder er über deren Befähigungen und Leistungen beschönigend - oder anderweitig unzutreffend - urteilt.

3. Einem **Weiterbildungsassistenten** dürfen - insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit - nur solche Tätigkeiten zur selbständigen Erledigung zugewiesen werden, die er nach seinem Kenntnisstand beherrscht. Auf welche Tätigkeiten dies zutrifft, unterliegt dabei der fachlichen Einschätzung des weiterbildenden Arztes.

4. Im Hinblick darauf, dass dem weiterbildungsbefugten Arzt eine besonders hervorgehobene Stellung in der Facharztweiterbildung zukommt und auch die Ausführungen im Weiterbildungszeugnis eine wichtige Bedeutung haben, stellt es einen nicht unerheblichen Mangel der persönlichen Eignung dar, wenn Leistungen und Kompetenzen in **Weiterbildungszeugnissen** unrichtig und schlechter dargestellt werden, als sie tatsächlich bestehen.

5. Ein bloßer Zeitablauf lässt nicht auf die **Wiedererlangung der persönlichen Eignung** schließen, was insbesondere dann gilt, wenn im maßgeblichen Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung belastbare Anhaltspunkte für eine Einsicht in Versäumnisse weder vorgetragen noch sonstwie erkennbar sind.

5. Anerkennungsvoraussetzung einer Fortbildungsmaßnahme/Mitwirkungsobliegenheit

VGH Bayern, Urteil v. 26.04.2024 - 21 B 23.2310

RID 24-03-152

www.juris.de

VwVfG Bayern Art. 26

Aus der primären Funktion der Verpflichtungsklage, subjektive Rechte zu schützen, folgt jedoch auch, dass von dem Grundsatz des Abstellens auf den **Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung** eine **Ausnahme** zu machen ist, wenn es das materielle Recht gebietet. Dies ist hier sowohl mit Blick darauf, dass es sich um einen zeitgebundenen Anspruch handelt, als auch unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten der Fall.

Entscheidungserheblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein auf Hormonprodukte spezialisiertes Pharmaunternehmen einen Anspruch auf **Zuerkennung von Fortbildungspunkten** für ein im Mai 2019 abgehaltenes Symposium zusteht, ist der Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung (hier: 09.04.2019).

Die **Anerkennungsvoraussetzung einer Fortbildungsmaßnahme**, dass die Inhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind, unterliegt in vollem Umfang der verwaltungsgerichtlichen Kontrolle. Eine **Freiheit von wirtschaftlichen Interessen** kann nicht mehr angenommen werden, wenn sich die Inhalte der Fortbildung nicht an fachlicher Richtigkeit und Relevanz, sondern an den wirtschaftlichen Interessen Dritter orientieren oder diese zu ihrer Grundlage machen.

Es reicht nicht aus, lediglich einen **Programmflyer** vorzulegen, wenn sich in diesem keine nähere inhaltliche Beschreibung der Vorträge findet. Es ist für den Senat nachvollziehbar, dass ein Unternehmen, das eine Veranstaltung zu den Kerninhalten der eigenen wirtschaftlichen Betätigung ausrichtet und die **eigene Wort-Bild-Marke** im Flyerabdruck angibt, sich zumindest auch wirtschaftliche Vorteile aus den Inhalten der Veranstaltung in Form von Absatzsteigerungen, Imagepflege und Steigerung des Bekanntheitsgrades verspricht. Hinzukommt, dass sich die Kl. zweier **Referenten** bedient hat, die eine langjährige Verbindung zur Kl. aufwiesen. Als weiterer Anhaltspunkt für das Anliegen der Kl., positiv im Sinn eines Werbeeffekts im Gedächtnis der teilnehmenden Ärzte zu bleiben, wurde von der Bekl. die extrem **geringe Teilnahmegebühr** von 270 € für eine dreitägige Veranstaltung unter Leitung zweier Professoren inkl. zweier Übernachtungen und Verpflegung genannt. Auch diese Bewertung ist nicht abwegig. In dieser Situation besteht für die Kl. eine **Mitwirkungsobliegenheit**, die **Inhalte der Veranstaltung näher darzulegen**.

6. Heilberufsausweis: Keine Eintagung eines iranischen Berufsdoktorats

OVG Bremen, Beschluss v. 05.07.2024 - 1 LA 155/22

RID 24-03-153

www.juris.de

HeilBerG Bremen §§ 5 II, 8

Die Entscheidung der Vorinstanz, wonach der Kl. keinen Anspruch auf **Ausstellung eines Heilberufsausweises** mit der Eintragung „**Dr. med. (IR)**“ hat und die Bekl. schlüssig vorgetragen hat, dass sie in der Vergangenheit zwar grundsätzlich Doktorgrade in die von ihr ausgestellten Arztausweise eingetragen, jedoch die Eintragung von akademischen Graden, die nur mit einem „Länderzusatz“ geführt werden dürfen, sowie die Eintragung von Berufsdoktoraten unter Anwendung der Passverwaltungsvorschrift abgelehnt habe, um einen Gleichlauf von Personalausweis, Reisepass und Arztausweis zu schaffen, ist nicht zu beanstanden.

7. BGH: Vergütungsrecht

a) GOÄ: Ambulante Operation in Privatkrankenanstalt/Liposuktion

BGH, Urteil v. 13.06.2024 - III ZR 279/23

RID 24-03-154

www.juris.de

BGB §§ 630a I, 812 I 1; GOÄ §§ 1 I, 2 II, 6 II

Leitsatz: 1. Die **GOÄ** ist auch auf eine **ambulante Operation** in einer **Privatkrankenanstalt anwendbar** (Fortführung von Senat, Urteil vom 4. April 2024 - III ZR 38/23, BeckRS 2024, 9034 - zur Veröffentlichung in BGHZ bestimmt).

2. Nr. 2454 der Anlage zur GOÄ ist auf die **Liposuktion** im Rahmen der Behandlung eines Lipödems anwendbar.

b) Heil- und Kostenplan für abweichende Versorgung und Schriftformerfordernis

BGH, Urteil v. 02.05.2024 - III ZR 197/23

RID 24-03-155

www.juris.de

SGB V §§ 55 V, 56 II, 87 Ia 2; BMV-Z § 8 VII; BGB § 125

Leitsatz: Aus § 8 Abs. 7 Satz 2 und 3 des Bundesmantelvertrags - Zahnärzte ergibt sich kein **Schriftformerfordernis** im Sinne des § 125 BGB für einen nach § 87 Abs. 1a Satz 2 SGB V zu erstellenden Heil- und Kostenplan, wenn auf Wunsch des gesetzlich versicherten Patienten eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 SGB V abweichende, andersartige Versorgung gemäß § 55 Abs. 5 SGB V durchgeführt wird.

8. Sozialversicherungspflicht: 24-stündiger Rufbereitschaftsdienst durch Belegärzte

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 23.05.2024 - L 1 BA 16/21

RID 24-03-156

Revision anhängig: B 12 BA 7/24 R

www.juris.de

SGB III §§ 24 I, 25 I 1; SGB IV § 7a I; SGB VI § 1 I Nr. 1

Dass ein Vertragsarzt in seiner Tätigkeit als **Belegarzt selbstständig** tätig ist bzw. sein könnte (vgl. § 121 Abs. 2 SGB V, § 18 Abs. 1 S. 1 KHEntgG, offengelassen von BSG, Ur. v. 19.10.2021 - B 12 R 9/20 R - juris Rn. 33; BSG, Ur. v. 04.06.2019 - B 12 R 11/18 R - BSGE 128, 191 = SozR 4-2400 § 7 Nr. 42, juris Rn. 17), bedeutet nicht, dass er es auch in der vorliegend zu beurteilenden Tätigkeit als Arzt der **neurochirurgischen Rufbereitschaft** ist.

Erst mit der **Aufnahme der Patienten als „Belegpatienten“** (vgl. § 18 Abs. 1 S. 1 KHEntgG, § 121 Abs. 2 SGB V) wird der Kläger **als Belegarzt tätig** und leistet insoweit auch einen „ärztlichen Bereitschaftsdienst (aber eben nur) für Belegpatienten“ (vgl. § 18 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 KHEntgG, § 121 Abs. 3 S. 3 Nr. 1 SGB V).

Verpflichten sich zwei Belegärzte, an 335 Tagen im Jahr einen **24-stündigen neurochirurgischen Rufbereitschaftsdienst für das Krankenhaus** vorzuhalten, mit einer sichergestellten Erreichbarkeit wenigstens eines der beiden Ärzte an den zuvor genannten (335) Tagen und einer Verpflichtung, das Krankenhaus kurzfristig - spätestens nach 30 Minuten - zu erreichen, handelt es sich um einen Bereitschaftsdienst, bei dem das Krankenhaus innerhalb der vereinbarten Rufbereitschaftszeit über die Erbringung von „Arbeitsleistung nach Arbeitsanfall“ bestimmen kann (vgl. BSG, Ur. v. 20.03.2013 - B 12 R 13/10 R - SozR 4-2400 § 7 Nr. 19, juris Rn. 26). Damit sind die beiden Ärzte **in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses eingegliedert**.

9. Erfüllung des Informationszugangsanspruchs durch DIMDI

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.04.2024 - 15 A 1403/20

RID 24-03-157

www.juris.de
IFG § 1 I 1

Der durch § 1 Abs. 1 S. 1 IFG gewährte **Informationszugangsanspruch** beschränkt sich - auch ohne ausdrückliche Erwähnung im Wortlaut der Vorschrift - im Regelfall auf Informationen, die im Zeitpunkt des Eingangs des Antrags auf Informationszugang bei der informationspflichtigen Stelle vorhanden sind. Eine Informationsbeschaffungspflicht besteht grundsätzlich nicht. Die Gewährung eines Zugangs zu Informationen setzt vielmehr voraus, dass der Anspruchsverpflichtete selbst tatsächlich Zugriff auf die begehrten Informationen hat.

Das DIMDI hat die aus den beiden Verwaltungsakten folgenden **Ansprüche** der Kl. im Zshg. mit der Erstellung der Version 2.0 des Operationen- und Prozeduren-Schlüssels (OPS 2.0) **vollständig erfüllt**, wenn feststeht, dass es im Zeitpunkt des Antragsingangs außer den der Kl. bereits zugänglich gemachten Informationen keine vom Klageantrag umfassten Informationen mehr vorgelegen haben. Das DIMDI hat im gerichtlichen Verfahren substantiiert dargelegt, dass keine weiteren Informationen mehr aufzufinden waren, und dies plausibel begründet. Die hiergegen von der Kl. geäußerten Einwände und Zweifel teilt der Senat nicht.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Befunderhebungsfehler: Erblindung nach Frühgeburt wegen unterlassener Kontrolle der Augen

BGH, Urteil v. 04.06.2024 - VI ZR 108/23

RID 24-03-158

www.juris.de
BGB §§ 630c, 630f, 630h V 2, 823; SGB V §§ 39 Ia, 115a

Leitsatz: 1. In § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB sind die vom Senat entwickelten Grundsätze zur **Beweislastumkehr** nach einem **einfachen Befunderhebungsfehler** kodifiziert worden. Diese Grundsätze gelten inhaltlich unverändert fort.

2. Die in § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB geregelte Beweislastumkehr setzt einen festgestellten Befunderhebungs- oder Befundsicherungsfehler voraus. Sie kommt hingegen nicht zur Anwendung, wenn der Behandlungsfehler in einem **Verstoß gegen die Pflicht zur therapeutischen Information** liegt.

3. Für die **Abgrenzung** eines **Befunderhebungsfehlers** von einem **Fehler der therapeutischen Information** ist darauf abzustellen, wo der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit ärztlichen Fehlverhaltens liegt. Hierbei sind alle Umstände des Einzelfalles zur berücksichtigen.

4. Zur Verpflichtung des Krankenhausträgers und der den Patienten im Krankenhaus behandelnden Ärzte, für eine **sachgerechte Nachbehandlung** des Patienten **nach der Entlassung aus stationärer Behandlung zu sorgen** (hier: Veranlassung der für die Erhaltung der Sehkraft eines Frühgeborenen elementaren augenärztlichen Untersuchung).

Der **BGH** hob auf Revision der Bkl. **OLG Oldenburg**, Urt. v. 01.03.2023 - 5 U 45/22 - RID 23-03-165 auf und verwies die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Revisionsverfahrens, an das Berufungsgericht zurück.

b) Fehlerhafte Anlage eines Arteria-brachialis-Katheters/Hypothetische Einwilligung

BGH, Urteil v. 02.07.2024 - VI ZR 363/23

RID 24-03-159

www.juris.de
BGB § 823

Leitsatz: 1. Zur **Kausalität eines ärztlichen Behandlungsfehlers** für den Gesundheitsschaden des Patienten (hier: fehlerhafte Anlage eines Arteria-brachialis-Katheters).

2. Zur **hypothetischen Einwilligung** des Patienten.

2. Behandlungsfehler

a) Hausärztliche Behandlung: Befunderhebungsfehler (Makrozytäre Anämie)/Grundurteil

OLG Dresden, Urteil v. 30.04.2024 - 4 U 452/22

RID 24-03-160

www.juris.de

BGB §§ 630a, 630c, 630h; ZPO §§ 301, 304

Leitsatz: 1. Der Erlass eines **Grundurteils in einer Arzthaftungssache setzt voraus**, dass ein zu ersetzender Schaden mit Wahrscheinlichkeit entstanden ist, alle Tatbestandsmerkmale verwirklicht und alle Einreden und Einwendungen ausgeschlossen sind, von denen die Entstehung des Anspruchs abhängt.

2. Ist mit dem Leistungsantrag ein **Feststellungsbegehren** verbunden, muss hierüber bei Erlass des Grundurteils abschließend entschieden werden.

3. Zur **Abgrenzung von Diagnoseirrtum und Befunderhebungsfehler** bei der unterbliebenen hausärztlichen Abklärung unklarer Befunde.

4. Unterlässt der Patient es wider besseren Wissens, einem **hausärztlichen Rat** zu folgen, sich bei einem Facharzt vorzustellen, ist dies zumindest als **Mitverschulden** berücksichtigungsfähig.

b) Nichterkennen eines Pankreaskopf-Karzinoms durch Allgemeinmediziner

OLG Düsseldorf, Urteil v. 21.03.2024 - 8 U 130/20

RID 24-03-161

www.juris.de

BGB §§ 630c I, 823 I

Leitsatz: 1. Für die **Frage, ob alle gebotenen Untersuchungen durchgeführt** und vertretbare Diagnosen gestellt wurden, kommt es bei einem stufenweisen Vorgehen maßgeblich auf die vom Patienten geschilderten **Symptome** an.

2. Ergibt sich daraus keine Veranlassung für weitergehende Untersuchungen, ist ein Arzt auch **nicht verpflichtet**, diese dem **Patienten als Selbstzahler anzubieten**.

c) Keine Pflicht zur Wiedereinbestellung

OLG Köln, Urteil v. 17.06.2024 - 5 U 133/23

RID 24-03-162

www.juris.de

BGB § 823 I

Leitsatz: Nimmt der **Patient** einen wegen kontrollbedürftiger Befunde vereinbarten **Wiedervorstellungstermin nicht wahr**, trifft den Arzt keine Verpflichtung, den Patienten von sich aus einzubestellen.

d) Verspätetes Erkennen eines Hörsturzes

OLG Naumburg, Urteil v. 19.12.2023 - 1 U 167/22

RID 24-03-163

www.juris.de

BGB § 630a II

Leitsatz: Werden im Anschluss an die Äußerung des Patienten, ein verstopftes Ohrgefühl zu haben, und nach einem auffälligen Stimmgabeltest weitere **Hörtests unterlassen**, stellt dies einen groben Befunderhebungsfehler dar.

Wird dadurch ein **Hörsturz** verspätet erkannt und behandelt, kann dies mit Blick auf eine verbliebene Innenohrschwerhörigkeit links ein Schmerzensgeld von 10.000,00 EUR rechtfertigen.

e) Verschiedene Techniken zur Einleitung einer Operation

OLG Hamm, Urteil v. 08.03.2024 - 26 U 75/23

RID 24-03-164

www.juris.de

BGB §§ 249, 278, 280, 630a, 823 I

Unterbleibt eine **inhaltliche Auseinandersetzung** mit den abweichenden Ausführungen von **Privatgutachtern**, kann dies für sich genommen der Berufung nicht zum Erfolg verhelfen, wenn der Senat nach eigener Würdigung der vorgelegten Privatgutachten und der vor diesem Hintergrund kritischen Würdigung der - den Senat in der Sache überzeugenden - Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen zu dem Ergebnis kommt, dass den Bekl. ein behandlungsfehlerhaftes Handeln nicht nachzuweisen ist.

Soweit die Kl. im Rahmen der Berufung weiterhin rügt, dass die durch die Bekl. angewandte **laparoskopische Behandlung** auch in Anbetracht der bei der Kl. vorliegenden Risikofaktoren nicht indiziert gewesen sei, so hat der Sachverständige nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass es **drei Techniken** zur Einleitung der vorliegenden Operation gegeben hätte, die alle drei gleichermaßen geeignet und indiziert gewesen seien, wobei keines des drei Verfahren dem anderen überlegen sei. Vielmehr sei es so, dass **jeder Operateur** sich grundsätzlich **für eine dieser drei Techniken entscheiden** und diese entsprechend beherrschen solle.

f) Bedeutung der ärztlichen Dokumentation (Brustkrebs)

LG Köln, Urteil v. 15.11.2023 - 3 O 138/21

RID 24-03-165

www.juris.de

BGB §§ 249 ff., 280 I, 630a, 823 I

Grundsätzlich kann das Gericht einer ordnungsgemäßen **Dokumentation**, die keinen Anhalt für Veränderungen, Verfälschungen oder Widersprüchlichkeiten bietet, Glauben schenken. Einer ordnungsgemäßen Dokumentation kommt zugunsten der Behandlerseite **Indizwirkung** zu. Das Bestreiten der Richtigkeit bzw. Vollständigkeit der Dokumentation durch den Patienten genügt zu deren Entkräftung grundsätzlich nicht. Sind die Angaben des behandelnden Arztes zur Durchführung der Behandlung des Patienten plausibel, werden sie von der Dokumentation gestützt und sind keine Anhaltspunkte für eine Manipulation oder Unrichtigkeit der Dokumentation ersichtlich, so bleibt der Patient für seine der Dokumentation widersprechende Behauptung regelmäßig beweisfällig. Zusätzlich kann der **Arzt** die Behandlungsunterlagen durch seine **eigene Anhörung ergänzen**, wenn seine Darstellung in sich schlüssig und plausibel ist.

g) Beweislast für Lagerungsschaden/Umfang Dokumentationspflicht

OLG Dresden, Beschluss v. 02.07.2024 - 4 U 478/24

RID 24-03-166

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Der Vollbeweis, dass ein **konkretes Behandlungsrisiko** (hier: Lagerungsschaden) vollbeherrschbar war, ist vom Patienten zu führen.

2. Der **OP-Bericht** dient nicht dazu, ärztliches Handeln in allen Einzelheiten zu dokumentieren; die **Verwendung von Schulterstützen** während der **Lagerung** des Patienten ist daher nicht gesondert dokumentationspflichtig, sondern kann sich auch aus der Art der Lagerung ergeben.

h) Entfernung eines pharyngealen Tumors im Halsdreieck/Behandlungsunterlagen und rechtliches Gehör

OLG Dresden, Urteil v. 20.06.2024 - 4 U 841/22

RID 24-03-167

www.juris.de

BGB § 630a

Leitsatz: 1. Wird bei der **Entfernung eines pharyngealen Tumors** im Halsdreieck der Nervus accessorius geschädigt, rechtfertigt dies keinen Anscheinsbeweis für einen Behandlungsfehler.

2. Der Verstoß gegen eine **Pflicht**, den Patienten wegen einer postoperativen Funktionsstörung auf die Möglichkeit einer **Revisionsoperation hinzuweisen**, steht als Mangel der therapeutischen Sicherungsaufklärung zur **Beweislast** des Patienten.

3. **Ärztliche Behandlungsunterlagen** sind nicht Bestandteil der Gerichtsakte. In Arzthaftungsstreitigkeiten wird daher das **rechtliche Gehör** der Partei dadurch gewährleistet, dass ihr in alle Behandlungsunterlagen, auch durch Übersendung an ihren Prozessbevollmächtigten, Einsicht zu gewährt ist. Demgegenüber besteht keine Verpflichtung der Behandlungsseite, diese Unterlagen in toto als Anlage zu ihrem schriftsätzlichen Vortrag in das Verfahren einzubeziehen.

i) Wunsch der Schwangeren nach einem Wahlkaiserschnitt

OLG Köln, Urteil v. 15.05.2024 - 5 U 109/23

RID 24-03-168

www.juris.de

BGB §§ 249, 253 II, 280 I, 611, 630a ff., 823 I

Leitsatz: Zur Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen in der **Schlussphase** der Geburt von einem beachtlichen **Wunsch** der Schwangeren nach einem **Wahlkaiserschnitt** ausgegangen werden kann.

j) Parasuizidale Handlungen erfordern nach Rückkehr ärztliche Untersuchung

OLG Köln, Urteil v. 17.06.2024 - 5 U 112/23

RID 24-03-169

www.juris.de

BGB § 823 I

Leitsatz: Parasuizidale Handlungen, die während einer Belastungserprobung eines in psychiatrischer Behandlung befindlichen Patienten erfolgen, können - vorbehaltlich einer anderen sachverständigen Bewertung im Einzelfall - ein Grund sein, der nach Rückkehr des Patienten in die Klinik eine **ärztliche Untersuchung**, insbesondere eine Einschätzung der Suizidalität erforderlich macht.

Der **Dokumentation** kommt nicht nur in positiver Hinsicht, sondern auch in negativer Hinsicht eine **Indizwirkung** dahin zu, dass nicht erwähnte dokumentationspflichtige Befunde nicht erhoben und nicht dokumentierte Behandlungsmaßnahmen nicht ergriffen wurden (hier: in der Dokumentation nicht vermerkte, streitige Mitteilung der Ehefrau über parasuizidale Handlungen des Patienten).

k) Suizid während eines Ausgangs

LG Köln, Urteil v. 16.08.2023 - 25 O 353/19

RID 24-03-170

www.juris.de

BGB §§ 630a, 823 I

Begeht ein Patient während eines Ausgangs **Suizid**, liegt kein **Behandlungsfehler** vor, wenn nach überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen fest steht, dass das **Thema Suizidalität** beim Patienten im gesamten Behandlungsverlauf **beim Behandlungsteam präsent** war und immer wieder abgeprüft bzw. eingeschätzt wurde, wie es bei den zutreffend gestellten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome und einer Alkoholabhängigkeit lege artis ist. Soweit eine gewisse Wechselhaftigkeit dokumentiert ist, zeigt dies, dass die Dynamik im Behandlungsverlauf wahrgenommen wurde.

I) Beginn der Sterbephase und Patientenwille

LG München II, Urteil v. 14.11.2023 - 1 O 5127/21 Hei

RID 24-03-171

www.juris.de

BGB § 630f

Leitsatz: **Mängel einer Todesbescheinigung** begründen nicht die Vermutung eines **Behandlungsfehlers**, weil die Todesbescheinigung kein Teil der behandlungsvertragsrechtlich relevanten **Behandlungsdokumentation** ist, denn sie dient nicht der Weiterbehandlung (§ 630f BGB). Wenn kurative Behandlungsziele nicht mehr erreichbar sind, entspricht es nicht dem fachärztlichen Standard, um jeden Preis ein Leben zu verlängern. Nach **Beginn der Sterbephase** ist ein Übergang von lebensverlängernden zu palliativen Maßnahmen geboten; erlöschendes Leben ist nicht um jeden Preis zu erhalten, vielmehr gebietet die Menschenwürde, einem Sterbenden einen friedlichen und natürlichen Übergang vom Leben zum Tod zu gestatten. Maßgeblich ist in solchen Fällen für die Frage, welche Maßnahmen noch medizinisch indiziert sind, ob noch ein sinnvolles bzw. vom (mutmaßlichen) Patientenwillen getragenes Therapieziel erreichbar scheint. In der Sterbephase sind nur noch solche Maßnahmen indiziert, die der Symptomlinderung dienen.

Dabei obliegt den rechtlich zur **Vertretung des Patienten** Berufenen ausschließlich, dem (mutmaßlichen) Patientenwillen Ausdruck und Geltung zu verschaffen, ihre eigenen Wunschvorstellungen sind gänzlich irrelevant. Für die Legitimation des ärztlichen Handelns oder Unterlassens ist auch nicht die Entscheidung des zur Vertretung Berechtigten entscheidend, sondern Vorrang hat vielmehr der tatsächliche bzw. in einer Patientenverfügung niedergelegte bzw. mutmaßliche **Patientenwille**.

An der Grenze der Indikation von kurativen und palliativen Maßnahmen ist gleichwohl ein **vertrauensbildender Umgang mit den Angehörigen** geboten. In diesen Fällen ist ein - bis zur Grenze des im Sinne des mutmaßlichen Patientenwillen Vertretbaren - deeskalierendes und die Vorstellungen auch der Angehörigen berücksichtigendes Vorgehen legitim.

m) Entgangener Gewinn nach Diagnosefehler mit der Folge einer Therapieverzögerung

LG Frankfurt a. M., Urteil v. 30.11.2023 - 2-14 O 470/20

RID 24-03-172

BGB §§ 249, 280 I, 823 I

Hätte eine Patientin ohne den bereits rechtskräftig festgestellten Behandlungsfehler in der Form eines vorwerfbaren **Diagnosefehlers** mit der **Folge einer Therapieverzögerung bei der Behandlung der Malariaerkrankung** sowie in Form einer unterlassenen therapeutischen Aufklärung mit hoher Wahrscheinlichkeit einer Tätigkeit, die ihrer zuvor ausgeübten Tätigkeit entspricht, weiter nachgehen können, ist sie aber aufgrund der Schwierigkeiten in der Aufmerksamkeit und den Gedächtnisfunktionen aus medizinischer Sicht nicht in der Lage, die Arbeitsbelastung einer Geschäftsführerin im Event-Management mit einer Niederlassung und Arbeitstagen von 8:00 bis 20:00 Uhr sowie erheblicher Personal- und Budgetverantwortung und Reisetätigkeit zu tragen, sind ihr **sämtliche materiellen Schäden** (hier: vorgerichtliche Sachverständigenkosten in Höhe von 59.500 € und vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten in Höhe von 22.007,15 €) zu ersetzen, die ihr aus der fehlerhaften Behandlung entstanden sind, und hat sie einen Anspruch auf Ausgleich des ihr **entgangenen Gewinns** (hier: 2.757.830,02 €).

Wer den Ersatz eines **Einkommensschadens** fordert, hat die hypothetische Entwicklung ihrer Berufs- und Einkommenslage ohne das Schadensereignis zu **beweisen**. Im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität kommen der Geschädigten dabei allerdings die **Beweiserleichterungen** von § 252 S. 2 BGB, § 287 ZPO zugute. Sie muss nicht zur vollen Gewissheit darlegen, dass der Gewinn auch erzielt worden wäre: Konnte der Gewinn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden, ist zu vermuten, dass er auch erzielt worden wäre (BGH, NJW-RR 2006, 243; BGH, VersR 1970, 860), ohne dass es der vollen Gewissheit, dass der Gewinn auch gezogen worden wäre, bedarf (BGH, NJW 2011, 1146; BGH, NJW-RR 2007, 325; BGH, VersR 2006, 131; BGH, NJW 2002, 2556). Soweit der Erwerbsentgang nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge beziffert wird, bedürfen die diesen Verlauf begründenden Tatsachen keines Beweises; es ist dem Ersatzpflichtigen aber die Möglichkeit eröffnet, diese Vermutung beweismäßig zu widerlegen. An das Vorbringen eines selbständigen Unternehmers, ihm seien erwartete Gewinne entgangen, dürfen wegen der damit

regelmäßig verbundenen Schwierigkeiten keine allzu strengen Anforderungen gestellt werden (BGH, VersR 2006, 131).

n) Schutzzweckzusammenhang (Setzung eines Implantats ohne Abdeckschraube)

OLG Köln, Urteil v. 26.06.2024 - 5 U 151/22

RID 24-03-173

www.juris.de

BGB §§ 630a, 614, 823 I

Leitsatz: Hat der vom Arzt nicht beachtete **ärztliche Standard** nicht den Zweck, einen Gesundheitsschaden, wie er infolge der ärztlichen Behandlung eingetreten ist, zu verhindern, ist der Schaden dem Arzt nicht zurechenbar und haftet dieser mangels **Schutzzweckzusammenhangs** nicht.

3. Corona-Impfung

a) Erfüllung einer hoheitlichen Aufgabe

OLG Hamm, Urteil v. 19.06.2024 - 3 U 119/23

RID 24-03-174

www.juris.de

BGB §§ 280, 630a, 823, 839; GG Art. 34

Leitsatz: Im Rahmen der Schutzimpfung gegen das Corona-Virus SARS-CoV-2 haben die impfenden Ärzte und Mitarbeiter im Jahr 2021 in **Erfüllung einer hoheitlichen Aufgabe** und damit als Beamte im haftungsrechtlichen Sinne gehandelt. Die daraus resultierende Haftungsübernahme des Staates gemäß § 839 BGB, Art. 34 GG schließt Direktansprüche etwaiger Geschädigter gegen den impfenden Arzt aus.

b) Verimpfen von Corona-Impfstoffen als hoheitliche Tätigkeit

OLG Stuttgart, Urteil v. 25.06.2024 - 1 U 34/23

RID 24-03-175

www.juris.de

BGB § 839; GG Art. 34 I

Das **Verimpfen von Corona-Impfstoffen** im Rahmen der nationalen Impfstrategie durch hierzu beauftragte Ärzte war als **hoheitliche Tätigkeit** zu qualifizieren. Wenn die Staatshaftung eingreift, ist eine Eigenhaftung des hoheitlich Tätigen nicht denkbar und fehlt es bereits an einer **Passivlegitimation**.

4. Aufklärung

a) Beweiskraft eines Einwilligungsf formulars/Konservative Behandlungsalternativen

OLG Erfurt, Urteil v. 07.05.2024 - 7 U 741/23

RID 24-03-176

www.juris.de

BGB § 823 I

Die Vorlage eines vom Patienten **unterzeichneten Einwilligungsf formulars** erbringt noch nicht den erforderlichen Vollbeweis für den Inhalt des Aufklärungsgesprächs. Ein solches Formular ist - sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht - lediglich ein Indiz für den Inhalt des Aufklärungsgesprächs (vgl. BGH, Urt. v. 28.01.2014 - VI ZR 143/13 -; OLG Dresden, Urt. v. 09.05.2017 - 4 U 1491/16 - juris Rn. 26). Denn der Arzt erfüllt seine Aufklärungspflicht nicht dadurch, dass der Patient einen Einwilligungsbogen unterzeichnet oder auf diesem Wege bestätigt, einen Aufklärungsbogen zum Zeitpunkt der Unterschrift in den Händen gehalten zu haben. Für den dem aufklärungspflichtigen Arzt obliegenden Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung (vgl. BGH, Urt. v. 28.01.2014 - VI ZR 143/13 -) ist regelmäßig eine Zeugenvernehmung des aufklärenden Arztes erforderlich (OLG Dresden, Beschl. v. 12.03.2018 - 4 U 1755/17 - juris Rn. 3 unter Verweis auf BGH, Urt. v. 28.01.2014 - VI ZR 143/13 -).

Zu einer ordnungsgemäßen **Aufklärung** gehört unter bestimmten Umständen auch, dass der Arzt dem Patienten **Kenntnis über konservative Behandlungsalternativen** verschaffen muss.

b) Notfallmedizinische Behandlung: Aufklärung und Einwilligung

LG München II, Urteil v. 13.03.2024 - 1 O 5113/21 Hei

RID 24-03-177

www.juris.de

BGB §§ 630h, 630f, 823; StGB §§ 223, 229

Leitsatz: Notfallmedizinische Standardverfahren muss jeder notfallmedizinisch tätige Arzt beherrschen. Für die Auswahl des in der konkreten Situation geeignetsten Behandlungsverfahrens und damit auch für den geschuldeten Standard kann es eine Rolle spielen, mit welchen Methoden der gerade anwesende Arzt besondere Erfahrungen hat.

Soweit hingegen ein sofortiges Eingreifen nicht erforderlich ist und sich ein Notfallmediziner ohne Not auf ein **Fachgebiet außerhalb seiner Qualifikation** begibt, schuldet er jedoch den Standard dieses Fachgebiets.

Auch notfallmedizinische Behandlungen bedürfen einer Rechtfertigung durch **Einwilligung** des Patienten nach vorheriger Aufklärung. Jedoch reduziert sich das Maß der gebotenen **Aufklärung** im Notfall auf ein Minimum. Irrelevantes oder Selbstverständliches braucht nicht erläutert zu werden. Die Alarmierung eines Notarztes bzw. die vom Patienten gebilligte Einlieferung in einen Schockraum oder auf eine Intensivstation stellt die **konkludente Einwilligung** in alle dringlich indizierten Maßnahmen dar, die der Patient nicht erkennbar ablehnt, so dass es nur im Ausnahmefall einer expliziten Selbstbestimmungsaufklärung bedarf. Behandlungsalternativen müssen nicht vorgestellt werden, wenn die sofortige Durchführung einer Therapie indiziert ist und Alternativen in der konkreten Behandlungssituation faktisch gar nicht zur Verfügung stehen oder vom behandelnden Arzt weniger gut beherrscht werden als die von ihm beabsichtigte Maßnahme.

Soweit **ausreichend Zeit vorhanden** ist, muss allerdings die Einwilligung des Patienten eingeholt werden. Dies gilt - nach Ergreifung ggf. sofort erforderlicher Maßnahmen zur vorläufigen Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen - insbesondere in Fällen, in denen der mündige Patient ernsthaft erwägt, dem natürlichen Verlauf seiner Erkrankung und möglicherweise dem damit verbundenen Sterbeprozess seinen Lauf zu lassen.

Hohe Anforderungen an die Aufklärung gelten - auch im Rahmen von Notfällen - in Konstellationen, in denen die durchgeführte **Behandlung nur relativ indiziert** ist oder kaum als dringlich eingeordnet werden kann. Sofern eine Behandlung durchgeführt wird, die in der konkreten Situation überhaupt nicht indiziert ist, ohne dass dem Patienten dies in aller Deutlichkeit vor Augen geführt wird und er gleichwohl diese Behandlung wünscht, so ist eine Haftung (auch) unter Aufklärungsgesichtspunkten gegeben.

Die Voraussetzungen der **hypothetischen Einwilligung** werden nur auf Einwand der Behandlerseite geprüft. Soweit jedoch der Patient von sich aus angibt oder seine Äußerungen eindeutig darauf schließen lassen, dass er in die **Behandlung jedenfalls eingewilligt hätte**, ist davon auszugehen, dass sich die Behandlerseite dies stillschweigend zu eigen macht.

c) Risiken eines Kontrastmittels bei der Durchführung einer MRT

OLG Dresden, Beschluss v. 27.05.2024 - 4 U 2057/23

RID 24-03-178

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Der Einsatz eines hierfür zugelassenen **Kontrastmittels** bei der **Durchführung einer MRT** entspricht grundsätzlich dem medizinischen **Behandlungsstandard**, wenn keine patientenspezifischen Kontraindikationen bestehen; die Einholung eines toxikologischen Gutachtens zu der Frage, ob hierdurch grundsätzlich Gesundheitsschäden hervorgerufen werden könnten, ist nicht geboten.

2. Dass der Patient **über die Risiken eines Kontrastmittels vorab nicht aufgeklärt** wurde, reicht für einen Schadensersatzanspruch nicht aus. Erforderlich ist vielmehr, dass der Patient beweist, dass die eingetretenen Gesundheitsschäden bei Verzicht auf das Kontrastmittel nicht eingetreten wären.

d) Medikamentöse Ausleitungstherapie

OLG Dresden, Urteil v. 23.07.2024 - 4 U 1610/21

RID 24-03-179

www.juris.de

BGB § 630a; ZPO §§ 287, 531 II

Leitsatz: 1. Vor Beginn einer **Ausleitungstherapie** mit sog. Chelatbildnern, die nicht dem schulmedizinischen Standard entspricht, hat der Behandler den Patienten darüber **aufzuklären**, dass und inwieweit vom schulmedizinischen Standard abgewichen wird und dass der empfohlenen Therapie ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis fehlt.
2. Der erstmals im **Berufungsverfahren** erhobene **Einwand der hypothetischen Einwilligung** des Patienten unterliegt der Zurückweisung wegen Verspätung.
3. Die Behauptung, durch den mit einer Behandlung verbundenen Krankenhausaufenthalt sei bei dem Patienten eine **posttraumatische Belastungsstörung** ausgelöst worden, unterliegt dem **Beweismaß** des § 287 ZPO.

e) Einsetzen von Brustimplantaten/Schmerzengeld

OLG Köln, Urteil v. 05.06.2024 - 5 U 91/23

RID 24-03-180

www.juris.de

BGB § 630h III

Über das Risiko, dass nach dem **Einsetzen von Brustimplantaten** dauerhaft verbleibende **Schmerzen auftreten** können, ist aufzuklären. Über dauerhaft nachteilige Folgen, die den Patienten schwer belasten, muss der Arzt aufklären. Dies gilt erst recht bei kosmetischen Eingriffen.
Die unmittelbar postoperativ erlittenen starken Schmerzen, die einige Monate anhielten, sowie die bis heute anhaltenden, weniger intensiven, jedoch die Einnahme von Schmerzmitteln erfordernden Schmerzen rechtfertigen ein **Schmerzengeld** in Höhe von 5.000 €.

f) Schmerzensgeldbemessung: Unterschiedliche Risiken verschiedener Anästhesiemethoden

OLG Dresden, Beschluss v. 11.06.2024 - 4 U 257/24

RID 24-03-181

www.juris.de

BGB §§ 253, 630a ff., 823 ff.

Leitsatz: Für die **Schmerzensgeldbemessung** in einer Arzthaftungssache sind die unterschiedlichen **Risiken verschiedener Anästhesiemethoden** nicht relevant, wenn sich diese Risiken nicht verwirklicht haben.

5. Streitwert eines Feststellungsantrags für Zukunftsschäden

OLG Dresden, Beschluss v. 29.04.2024 - 4 W 272/24

RID 24-03-182

www.juris.de

GKG § 48 I; ZPO § 3

Leitsatz: Für den **Streitwert** eines Feststellungsantrags für **Zukunftsschäden** in einer Arzthaftungssache sind nur diejenigen **Schadenspositionen** maßgeblich, auf die der Anspruchsteller sich in der Anspruchsbegründung selbst bezieht. Die Vorstellungen der Gegenseite zum Umfang dieses Anspruches sind für den Streitwert nicht maßgeblich.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 08.09.2024. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Arzt-/Psychotherapeutenregister				
Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht				
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Vorverfahren bei Feststellung eines „Sonstigen Schadens“	B 6 KA 6/24 R	Ist auch in Fällen des Regresses bei "sonstigen Schäden" - hier: vertragsärztliche Arzneimittelverordnung während eines stationären Aufenthaltes - ein Vorverfahren vor dem Beschwerdeausschuss nach § 106 Absatz 5 Satz 8 SGB V (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung, heute: § 106c Absatz 3 Satz 6 SGB V) entbehrlich?	LSG Thüringen , Urt. v. 07.12.2022 - L 11 KA 814/19 -	24-03-14 NZB
Zulassung und Ermächtigung				
Sonderbedarfszulassung: Zusatzbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung „Schlafmedizin	B 6 KA 4/24 R	Kann die ärztliche Zusatzbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung „Schlafmedizin“ eine qualifikationsbezogene Sonderbedarfszulassung begründen?	SG Magdeburg , Urt. v. 21.02.2024 - S 1 KA 65/20 -	24-03-19
Auswahlentscheidung nach teilweiser Entsperrung: Verzicht und Erledigung	B 6 KA 11/23 R Termin: 05.11.2024	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 Termin: 05.11.2024	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 Ausbildungsstätte für Psychotherapie 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				
Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ausschluss der Hemmung der zweijährigen Frist/ Differenzkostenregelung bei Cannabisblüten	B 6 KA 2/24 R	Verstößt der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in § 3b Absatz 1 Satz 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Absatz 2 SGB V vom 1.5.2020 vereinbarte Ausschluss der Hemmung der zweijährigen Frist zur Festsetzung einer Nachforderung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen gegen die gesetzlich durch § 106 Absatz 3 Satz 3 SGB V bestimmte Geltung von § 45 Absatz 2 SGB V? Zum Anwendungsbereich der Differenzkostenregelung nach § 106b Absatz 2a SGB V, wenn ein Vertragsarzt seiner Patientin Cannabisblüten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet hat, ohne dass eine entsprechende Genehmigung der Krankenkasse im Sinne von § 31 Absatz 6 Satz 2 SGB V vorlag.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 20.03.2024 - L 3 KA 21/23 -	

Hochschulambulanzen/Schiedsstelle: Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität	B 6 KA 12/23 R Revisionsrücknahme am 27.08.24	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der "Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze für Rheinland-Pfalz" über die Festsetzung der Vergütung von Hochschulambulanzen für die Jahre 2019 und 2020.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 05.10.2023 - L 5 KA 10/22 KL -	24-01-27
--	---	--	---	----------

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen**Sonstiges/Verfahrensrecht****Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung**

Stand: 08.09.2024. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 1. bzw. 3. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche/Zahnärztliche Behandlung				
Kostenerstattung				
Stationäre Behandlung				
	B 1 KR 10/23 R	Zur Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen nach Erlass der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Versicherte mit einem BMI > 44 kg/m ² einen Anspruch gemäß § 137c Absatz 3 SGB V auf Versorgung mit einer stationären Liposuktion als Potentialleistung haben kann.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.01.2023 - L 5 KR 345/19 -	23-02-53
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
Hilfsmittel/Heilmittel				
Verknüpfung von Hilfsmittel und Behandlungsmethode	B 3 KR 12/23 R	Zur Verknüpfung von Hilfsmittel und Behandlungsmethode.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 01.06.2023 - L 4 KR 330/22 -	24-03-58 NZB
Sesseldreirad „Easy Rider“ für Erwachsenen	B 3 KR 1/24 R	Zur Hilfsmittelversorgung eines erwachsenen Versicherten mit dem Sesseldreirad "Easy Rider"; hier: wesentliche Auswirkungen im Nahbereich unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts des Menschen mit Behinderungen.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 22.05.2023 - L 4 KR 297/21 -	24-01-65
Hörgerät: Unterschied von 5%-Punkten bei Störschall	B 3 KR 13/23 R	Handelt es sich unter Anwendung des sogenannten Freiburger Sprachtests im freien Schallfeld bei einem Messunterschied von 5%-Punkten und im Störschall bei einem Messunterschied von bis zu 5%-Punkten zwischen zuzahlungspflichtigen und zuzahlungsfreien Hörgeräten um einen wesentlichen Gebrauchsvorteil oder um eine Messtoleranz?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 18.01.2023 - L 4 KR 219/22 -	23-04-41
	B 3 KR 5/24 R	Handelt es sich unter Anwendung des sogenannten Freiburger Sprachtests im Nutzschall bei einem Messunterschied von 5%-Punkten zwischen zuzahlungspflichtigen und zuzahlungsfreien Hörgeräten um einen wesentlichen Gebrauchsvorteil oder um eine Messtoleranz?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 19.04.2024 - L 16 KR 382/22 -	
Hörgerät: Objektivierbarer Gebrauchsvorteil von 5% im Sprachverstehen	B 3 KR 6/24 R	Welchen inhaltlichen und Verfahrensvoraussetzungen unterliegt die Ablehnung einer festbetragsüberschreitenden Versorgung mit einem Hörgerät mangels wesentlichen Gebrauchsvorteils durch die Krankenkasse?	LSG Sachsen , Urt. v. 04.04.2024 - L 9 KR 284/21 -	24-03-55 NZB

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Fahrkosten

Keine Genehmigungsfiktion für Krankentransport	B 1 KR 7/24 R	Gilt die Genehmigungsfiktion des § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V auch für Krankentransporte im Sinne des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V oder bedarf ein Anspruch auf Kostenübernahme für ärztlich verordnete Krankentransporte in diesem Sinne grundsätzlich einer vorherigen ausdrücklich erteilten Genehmigung durch die Krankenkasse?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 18.01.2024 - L 5 KR 931/21 -	24-02-32
--	---------------	--	---	----------

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Vollstationäre/Teilstationäre Behandlung	B 1 KR 31/23 R	Zur Abgrenzung zwischen vollstationärer und teilstationärer Behandlung in Fällen, in denen sich der Versicherte an etwa der Hälfte der Behandlungstage länger außerhalb der Räume des Krankenhauses aufhält.	LSG Hamburg , Urt. v. 15.12.2021 - L 1 KR 55/21 -	24-01-75 NZB
Abgrenzung stationäre/ambulante Entbindung	B 1 KR 5/24 R B 1 KR 6/24 R	Zur Abgrenzung einer stationären von einer ambulanten Entbindung. Sind die Vorschriften über die Vergütung einer stationären Entbindung analog auf eine im Krankenhaus durchgeführte ambulante Entbindung anzuwenden?	LSG Sachsen , Urt. v. 13.12.2023 - L 1 KR 448/20 - - L 1 KR 449/20	24-02-36 24-02-37
Stationäre Reha-Notfallbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Reha-Platz	B 1 KR 21/24 R	Versorgt ein Krankenhaus einen Versicherten, der keiner Krankenhausbehandlung mehr bedarf, weiter stationär, weil er stationärer medizinischer Rehabilitation bedarf, aber nicht erhält, richtet sich dann der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die sogenannte Notfall-Reha grundsätzlich gegen die Krankenkasse des Versicherten oder gegen den zuständigen Reha-Träger?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 07.12.2022 - L 4 KR 450/21 -	24-03-70 NZB
Aufklärungspflicht bei Operationen/Präklusion	B 1 KR 6/23 R	Liegt eine Verletzung der Aufklärungspflicht des Krankenhauses als Erfordernis des Wirtschaftlichkeitsgebots bei sogenannten Gelegenheitsoperationen vor, wenn der Arzt 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
Einleitung eines Prüfungsverfahrens: Nebendiagnosen	B 1 KR 9/24 R	Ist es dem Krankenhaus nach Ablauf der Fünf-Monats-Frist des § 7 Absatz 5 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV vom 3.2.2016) verwehrt, den Datensatz durch Nachkodierung anderer vergütungsrelevanter Nebendiagnosen zu ergänzen, wenn sich der dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erteilte Prüfauftrag auf sämtliche vergütungsrelevante Nebendiagnosen bezieht?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 31.01.2024 - L 5 KR 189/21 -	24-02-47

Frist zur Mitteilung der abschließenden Entscheidung: Materielle Präklusion	B 1 KR 8/24 R	Handelt es sich bei der Regelung des § 8 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV vom 18.7.2014 um eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist oder schließt diese Regelung im Sinne einer materiellen Präklusion die Nachholung einer abschließenden Entscheidung einschließlich Begründung nach Ablauf der Frist aus?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 01.02.2024 - L 5 KR 357/22 KH -	24-01-84
Abschlag bei kürzerer Verweildauer als die untere Grenzverweildauer	B 1 KR 14/24 R	Zu den Voraussetzungen eines Verlegungsabschlags nach § 1 Absatz 3, § 3 Absatz 2 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2019.	LSG Saarland, Urt. v. 20.03.2024 - L 2 KR 33/22 -	24-03-89
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
Besondere Einrichtung nach § 17b I 10 KHG	B 1 KR 11/24 R	Ist eine Besondere Einrichtung nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG für die Abrechnung der erbrachten Leistungen an die Vorgaben des OPS-Katalogs gebunden?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 31.01.2023 - L 10 KR 235/20 -	23-03-76 NZB
Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Eigene Fachabteilung	B 1 KR 22/23 R	Unterfällt die Prüfung einer strukturellen Mindestvoraussetzung einer Komplexbehandlung (hier: Vorhandensein einer bestimmten Abteilung im Krankenhaus) dann nicht der Ausschlussfrist des § 275 Absatz 1c SGB V in der ab 1.1.2016 geltenden Fassung, wenn diese Mindestvoraussetzung keine auch im Einzelfall patientenbezogene Mindestvoraussetzung ist, sondern unabhängig von der konkreten Behandlung Beachtung finden muss? Zum Vorliegen des Mindestmerkmals "unmittelbarer Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause ...)" im OPS 8-981.	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.08.2023 - L 16 KR 346/21 -	23-04-59
Intensivmedizinische Versorgung	B 1 KR 13/24 R	Setzt das Merkmal „intensivmedizinische Versorgung“ nach der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) 10011 (2017) die Beatmung auf einer Station voraus, die - insbesondere hinsichtlich der ärztlichen Anwesenheit und Verfügbarkeit - den strukturellen Voraussetzungen einer Intensivstation entspricht?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.09.2022 - L 16 KR 201/22 -	24-03-90 NZB
Durchführung einer Bronchoskopie	B 1 KR 29/23 R	Ist die Durchführung einer Bronchoskopie unter Verwendung eines mit Metallspiralen verstärkten und damit lumenstarren Schlauches (Bronchoflex Tubus), durch den ein flexibles Bronchoskop in die Luftröhre geführt wird, nach dem OPS-Kode 1-620.00 (Diagnostische Tracheobronchoskopie mit flexiblem Instrument) oder 1-620.10 (Diagnostische Tracheobronchoskopie mit starrem Instrument) zu kodieren?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.10.2022 - L 4 KR 35/21 -	24-02-56
Korrektur der Rechnung: Nachreichung von Nebendiagnosen	B 1 KR 12/24 R	Wenn sich das von der Krankenkasse eingeleitete Prüfverfahren einer Krankenhausabrechnung auf die Prüfung der korrekten Kodierung der angegebenen Nebendiagnosen bezieht, ist dann die Abrechnung anderer, erstmals nach Ablauf der 5-Monatsfrist kodierter Nebendiagnosen nach § 7 Absatz 5 PrüfvV 2016 präkludiert?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 25.04.2023 - L 10 KR 15/21 -	23-03-96 NZB
Zweite Korrektur durch Nachkodierung der Nebendiagnosen	B 1 KR 17/24 R	Ist eine zweite Korrektur oder Ergänzung eines Datensatzes auch dann durch § 7 Absatz 5 Satz 1 der Prüfverfahrensvereinbarung vom 18.7.2014 ausgeschlossen, wenn die erste Korrektur oder Ergänzung lediglich der Umsetzung des zuvor erstellten MDK-Gutachtens gedient hat?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 19.12.2023 - L 10 KR 16/19 -	24-03-84

Austausch von Haupt- und Nebendiagnose	B 1 KR 18/24 R	Steht die materielle Präklusionswirkung nach § 7 Absatz 5 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V vom 3.2.2016 (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV 2016) dem nachträglichen Austausch von Haupt- und Nebendiagnose entgegen, wenn der Prüfauftrag nur die Haupt-, nicht die Nebendiagnosen umfasst?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 25.01.2024 - L 16 KR 304/22 KH -	24-03-83
Aufwandspauschale: Keine Minderung des Abrechnungsbetrags	B 1 KR 19/24 R	Welcher Zeitpunkt ist für den Beginn der Verjährung des Anspruchs auf die Zahlung der Aufwandspauschale gemäß § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V in der bis 31.12.2019 geltenden Fassung beziehungsweise gemäß § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V in der ab dem 1.1.2020 geltenden Fassung maßgeblich? Können für einen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale Verzugszinsen geltend gemacht werden?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 29.05.2024 - L 14 KR 103/21 -	23-04-105
Aufwandspauschale: Verzugszinsen	B 1 KR 15/24 R	Sind auf die Aufwandspauschale nach § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V vorprozessuale Verzugszinsen zu zahlen?	SG Regensburg , Urt. v. 11.01.2024 - S 8 KR 341/22 -	24-03-107
Nachrang der Sozialhilfe und obligatorische Anschlussversicherung	B 1 KR 16/24 R	Steht der (allgemeine) Nachrang der Sozialhilfe (§ 2 Absatz 1 SGB XII) einer Befugnis der Krankenkasse entgegen, die obligatorische Anschlussversicherung gemäß § 188 Absatz 4 SGB V mittels Feststellung der Eigenschaft als "Empfänger laufender (SGB XII-) Leistungen" auszuschließen, wenn keine Anhaltspunkte für eine manipulative Leistungssteuerung durch den Sozialhilfeträger bestehen.	SG Berlin , Urt. v. 08.04.2024 - S 112 KR 2121/21 -	24-03-81
GBA: Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern	B 1 KR 25/23 R	Ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V wirksam?	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 Insolvenzverfahrens fortgeführt werden kann?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.01.2023 - L 4 KR 139/21 - Urt. v. 27.04.2023 - L 16 KR 514/20 -	24-02-62 NZB 24-02-61 NZB
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**

Exklusivwirkung: 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
Festzuschüsse auf Rezepturarzneimittel: Einkaufspreis der üblichen Abpackung	B 3 KR 4/24 R	Zur Auslegung des § 5 Absatz 2 AMPreisV hinsichtlich der Frage, ob bei der Berechnung der Festzuschüsse auf Rezepturarzneimittel vom Einkaufspreis der üblichen Abpackung eines verwendeten Stoffes beziehungsweise der erforderlichen Packungsgröße verwendeter Fertigarzneimittel auszugehen ist, selbst wenn bei der Zubereitung des Rezepturarzneimittels der Inhalt der üblichen Abpackung beziehungsweise Packungsgröße nicht vollständig verbraucht wird.	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.01.2024 - L 10 KR 701/22 -	24-02-63
Retaxierung bei verschiedenen Regelungen zur Ermittlung des Abgabepreises	B 3 KR 11/23 R	Zur Retaxierung der Vergütung von Arzneimittelabgaben einer Apotheke durch die Krankenkasse bei verschiedenen Regelungen zur Ermittlung des Abgabepreises (tatsächlicher Einkaufspreis, Listeneinkaufspreis).	Baden-Württemberg, Urt. v. 23.11.2022 - - L 5 KR 3774/19 -	23-04-74
Arzneimittelhersteller/Herstellerab- schlagspflicht: Vergleichspreis	B 3 KR 16/23 R	Zur Frage der Durchschnittsbildung zur Bestimmung des Preisstandes nach § 130a Absatz 3a SGB V.	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.10.2023 - L 14 KR 258/18 -	24-01-100
Verfolgung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen	B 3 KR 6/23 R Zurückname nach Vergleich	Zur Frage, ob es sich bei dem klagenden Verband um eine für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgebliche Spitzenorganisation handelt, welcher gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.05.2023 - L 28 KR 368/20 KL -	23-03-122

Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis bei mehreren Funktionen (Motorbewegungsschiene)	B 3 KR 17/23 R	Setzt die Aufnahme eines medizinischen Hilfsmittels im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V in das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V voraus, dass der medizinische Nutzen hinsichtlich sämtlicher auf dem Markt angebotener und beworbener Funktionen nachgewiesen ist, so dass das Hilfsmittel nur insgesamt und nicht bezogen auf einzelne Funktionen eintragungsfähig ist?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 22.11.2023 - L 16 KR 111/19 -	24-01-101
Begründung eines Schiedsspruches (Physiotherapie) bis zur letzten mündlichen Verhandlung	B 3 KR 9/24 R	Zur Auslegung des § 125 Absatz 5 SGB V hinsichtlich des Gestaltungsspielraums, der Frist sowie der inhaltlichen und formellen Anforderungen an die Begründung eines Schiedsspruchs.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 19.04.2024 - L 1 KR 9/23 KL -	24-03-112
Ausgleich pandemiebedingter finanzieller Belastungen an Heilmittelerbringer	B 3 KR 12/24 R	Zum Anknüpfungspunkt für die Höhe von Zahlungen zum Ausgleich pandemiebedingter finanzieller Belastungen an Heilmittelerbringer nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 COVID-19-Vst-SchutzV.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 24.05.2023 - L 10 KR 657/22 SodEG -	24-01-103 NZZ

Integrierte Versorgung**Krankenkassen****GBA****Sonstiges**