

Rechtsprechungsinformationsdienst 25-02

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
ERRATUM	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Sachlich-rechnerische Berichtigung	6
1. Bauchaortenaneurysmen: Ausschluss der Vergütung trotz Unkenntnis der Vorbehandlung	6
2. Missbrauch der Kooperationsform fachgruppengleicher Praxisgemeinschaft	6
3. Verbot der Untersuchung weiblicher Patienten durch Radiologen	7
4. Nachweis über Fortbildung	7
a) Fortbildungszeitraum bei Wechsel von einer angestellten Tätigkeit zur Zulassung	7
b) Fortgeltung des Fünfjahreszeitraums bei Wechsel in Anstellung	8
5. Notfallambulanz eines Krankenhauses: Vergütung von Laborleistungen nach Kap. 32 EBM	8
II. Genehmigung/Einhaltung des Versorgungsauftrags/Weiterbildung/Notfalldienst	9
1. Aufforderung zur Einhaltung des Versorgungsauftrags nach § 19a Abs. 4 S. 2 Ärzte-ZV	9
2. Keine defensiven Konkurrentenklage gegen Zweigpraxisgenehmigung	9
3. Finanzielle Förderung der Weiterbildung gem. § 75a SGB V nur bis zum 50. Lebensjahr	9
4. Neustrukturierung des Notfalldienstes: Kein Beteiligungsrecht der Gebietskörperschaften	10
III. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	10
1. Prävalenzprüfung: Nr. 35110 EBM und Praxisbesonderheit	11
2. Keine Anwendbarkeit des § 45 SGB X	11
3. Sprechstundenbedarfsvereinbarung: Antragsfristen	11
IV. Zulassungsrecht	12
1. Zulassung zur Erbringung einzelner fachärztlicher Leistungen	12
2. Sonderbedarfszulassung	13
a) Kein Anspruch auf Umwandlung einer Sonderbedarfs- in eine Regelzulassung	13
b) Keine Leistungsbegrenzung im Rahmen eines lokalen Sonderbedarfs (Mammografie/Sonografie)	13
c) Überdurchschnittliche Leistungserbringung eines Radiologen mit Schwerpunkt Neuroradiologie	14
d) Bestimmung des Einzugsbereichs der Praxis und Analyse der Patientenfallzahlen	14
e) Auslastung der im Einzugsbereich befindlichen fachgleichen Praxen	15
f) Psychotherapie: Sachverhaltsermittlung, Einzugsbereich u. Kostenerstattungsverfahren	16
3. Nachbesetzung und Praxisfortführung: Chirurgische Praxis und Fachärztin für Orthopädie	16
4. Psychiatrische Institutsambulanz: Erreichbarkeit	17
5. Streitwert in Zulassungssachen: Durchschnitt der Arztgruppe/Konkurrentenstreitverfahren	18
V. Selektivvertrag/Amtsenthhebung eines Vorstandsmitglieds	18
1. Wirksamkeit außerordentlicher Kündigung eines Selektivvertrages nach aufsichtsrechtl. Missbilligung	18
2. Amtsenthhebung eines Vorstandsmitglieds einer K(Z)V wegen Entscheidungen des Kollegialorgans	19
VI. Bundessozialgericht (BSG)	19
1. Besetzung mit ehrenamtlichen Richtern/Zeitprofile und Weiterbildungsassistenten	19
2. Pflicht zur Anbindung an Telematikinfrastruktur	20
3. Finanzielle Förderung der Weiterbildung: Rechte des anstellenden Arztes	20
4. Differenzbetragsregelung nicht für unzulässige Verordnungen	21
5. Auswahlentscheidung nach teilweiser Entsperrung: Verzicht und Erledigung	21
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	22
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	22
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	22
a) Selektive Immunabsorption (IgG-Apherese)	22
b) Extrakorporale Lipidapherese	22
c) Mamillenpigmentierung	22

aa) Kein notwendiger Bestandteil einer Brustwarzenrekonstruktion	22
bb) Neue Behandlungsmethode ohne Empfehlungen des GBA	23
d) Behandlung einer Analfistel nach der ayurvedischen Ksharsutra-Methode	23
2. Versorgung mit hochdosierten Immunglobulinen (IgG-Substitution)	23
3. Zahnärztliche Behandlung	23
a) Erhöhung des Festzuschusses: Unterbrechung der jährlichen Untersuchung	23
b) Höhe des Festzuschusses: Zwei Unterbrechungen der jährlichen Kontrollen	24
II. Stationäre Behandlung	24
1. Überschüssige Haut nach Magenbypassoperation	24
a) Mammareduktionsplastik	24
b) Entfernung der überschüssigen Hautlappen aus dermatologischen Gründen	24
2. Mammareduktionsplastik: Ausreichen ambulanter Behandlungsmaßnahmen	25
3. Brust-Reimplantate und Kostenbeteiligung an Implantatentfernung und Behandlung der Kapselfibrose	25
4. Geschlechtsangleichende Operationen	25
III. Kostenerstattung	26
1. Ganzkörper-Kältetherapie in Österreich	26
2. Liposuktion: Möglichkeit ambulanter Behandlung	26
3. Kein vertragsärztlicher Leistungserbringer: Upright-MRT	27
4. Keine Erstattung der Arzneimittelkosten aufgrund privatärztlicher Verordnungen	27
5. Kein Behandlungsvertrag mit Leistungserbringer bei grenzüberschreitender Leistung	27
IV. Arzneimittel	28
1. Festbetrag/ Exforge® (Wirkstoff: Amlodipin und Valsartan): Verweis auf Generika	28
2. Cannabis-Verordnung	28
a) Vorhandene Standardtherapie/Erfordernis einer begründeten Einschätzung	28
b) Vorhandene Behandlungsmöglichkeiten	28
c) Benennung der tatsächlich versuchten pharmakologischen Maßnahmen	28
d) Wegfall des Erfordernisses einer vorherigen Genehmigung	29
3. Abmagerungsmittel (Arzneimittel „Saxenda“)	29
V. Hilfsmittel	29
1. Handbike mit Motorunterstützung	29
2. Therapedreirad	30
3. Neuromodulationsanzug „EXOPULSE Mollii Suit“	30
a) Neue Behandlungsmethode	30
b) Hilfsmittel zur Krankenbehandlung/Neue Behandlungsmethode	30
4. Orthopädische Maßschuhe bei diabetischem Fußsyndrom und Polyneuropathie	31
5. Flüssigsauerstoff-Langzeit-Therapie: Unmittelbarer Behinderungsausgleich	31
6. Assistenzhund	31
a) Assistenzhund bei psychischer Erkrankung	31
b) Assistenzhund nach posttraumatischer Belastungsstörung	31
7. Pflegebett mit 170 cm hohen Seitengittern	32
VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten	32
1. Außerklinische Intensivpflege in Kita bei Diabetes Typ 1	32
2. Rehabilitation	33
a) Anschlussheilbehandlung: Keine Benennung einer alternativen Klinik zur Wunschklinik	33
b) Aufforderung zur Antragstellung: Opfer einer Gewalttat	33
3. Schulbegleitung wegen einer Diabetes-Erkrankung	33
4. Fahrkosten: Keine hohe Behandlungsfrequenz (Alle 6-8 Wochen)	34
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	34
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	35
a) Notwendigkeit stationärer Versorgung	35
aa) Behandlungsdauer: Unbeachtlichkeit sozialer Gesichtspunkte	35
bb) Ambulant erbringbare Leistung: Grund für einen stationären Aufenthalt	35
cc) Stationäre arthroskopische Entnahme von Knorpelzellen	35
dd) Erreichbarkeit des Therapieziels im ambulanten Setting	35
ee) Fehlen einer medizinischen Leistung bei der Abrechnung	36
ff) Fehlende Dokumentation der ärztlichen Entscheidung über stationäre Aufnahme	36
gg) Beurteilung des behandelnden Arztes und dokumentierte Befunde	36
hh) Besondere Einrichtung nach § 17b I 10 KHG: Neuropädiatrische Komplexbehandlung	37
b) Erlöschen des Vergütungsanspruchs durch Erfüllung	37
c) Arzneimittelversorgung: Grobes Missverhältnis zwischen Erlös und Kosten	37
d) Aufrechnung	38

aa) Geltung des Aufrechnungsverbots ab dem Jahr 2022	38
bb) Zulässigkeit der Aufrechnung nach dem 01.01.2020/CRP-Apherese	38
2. Vorstationäre Krankenhausbehandlung: Einweisung durch Notarzt	38
3. Prüfvereinbarung	39
a) Intensivbehandlung bei psychischen/psychosom. Störungen: Begründung einer Leistungskürzung	39
b) Nachträgliche Korrektur der Abrechnung: Korrektur des Entgeltschlüssels	39
4. Fallpauschalen	39
a) Umfassendere Diagnose: Intensiv-medizinische Komplexbehandlung/Kreislaufsystem	39
b) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	40
c) Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	40
d) Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion	40
e) CPAP-Atemunterstützung bei Frühgeborenen	41
f) Kodierung eines Malignoms als Hauptdiagnose	41
g) Kodierung der Nebendiagnose Akutes Nierenversagen	41
h) Zusatzentgelt: Hochaufwändige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen	41
5. Mindestmengenregelung	42
a) Nichterreichen der Mindestmenge im vorausgegangenen Jahr	42
b) Anforderungen an Prognose einer Fallzahlsteigerung	42
c) Berücksichtigung des Umsetzungsprozesses zur Krankenhausplanung NRW	42
6. Prüfung von Strukturmerkmalen (§ 275d): Verfügbarkeit von Ergotherapie	43
7. Ambulante Behandlung im Krankenhaus	43
a) Vierjährige Verjährungsfrist für ambulante Krankenhausbehandlung	43
b) Keine kurze Verjährungsfrist	43
c) Verjährungsfrist der Vergütungsansprüche für ambulante Behandlungen	44
8. Aufwandspauschale	44
a) Trotz unzutreffender Kodierung keine Minderung der Abrechnung	44
b) Keine weiteren Ermittlungen zur Fehlerhaftigkeit der Abrechnung	44
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern	44
1. Apotheken	45
a) Pharmazeutische Dienstleistungen: Standardisierte Blutdruckmessung (Schiedsspruch)	45
b) Abrechnung der Betäubungsmittelgebühr beim Sichtbezug in der Apotheke	45
2. BVerfG: Pharmazeutische Unternehmer/Ausgleich für Abgabepreis	46
3. Hilfsmittelerbringer: Aufnahme von Verhandlungen/Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrunds	46
4. Rechtsschutz bei Streit über Vertragspartnerschaft über die Versorgung mit Hebammenhilfe	47
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	47
1. Auskünfte an Versicherte: Uneinigkeit der Eltern	47
X. Verfahrensrecht	47
1. Wiedereinsetzung in den vorigen Stand: Postlauf/Krankheit	47
2. Eintritt der Rücknahmefiktion	48
3. Kosten einer Untätigkeitsklage: Mangelhafte Verwaltungsorganisation	48
XI. Bundessozialgericht (BSG)	49
1. Lipoproteinapheresetherapie: Votum der Apherese-Kommission	49
2. Kryokonservierung nach geschlechtsangleichender Behandlung	49
3. Kostenerstattungsanspruch (§ 13 Abs. 2 SGB V) nach Tod des Versicherten	49
4. Beziehungen zu Krankenhäusern	49
a) Landesvertragliche Regelung: Erstuntersuchung als vorstationäre Behandlung	49
b) Intensivmedizinische Komplexbehandlung - Behandlungsleitung durch Intensivmediziner	50
c) Übergangsvereinbarung und Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen	50
5. Pharmazeutische Unternehmer	50
a) Arzneimittelnutzenbewertung: Keine Ermächtigung des GBA zur Erweiterung	50
b) Obligatorische Nutzenbewertung: Neue Wirkung eines bekannten Wirkstoffes (Ivermectin)	50
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	51
I. Ärztliches Berufsrecht	51
1. Approbation/Berufserlaubnis	51
a) Widerruf der Approbation	51
aa) Abrechnungsbetrug gegenüber der KV	51
bb) Streitwert: Kein neuer Vortrag im Beschwerdeverfahren	51
b) Berufserlaubnis	52
aa) Berufsausübung nur in Anwesenheit und unter Aufsicht eines approbierten Arztes	52
bb) Keine Verlängerung der zahnärztl. Berufserlaubnis wegen Klage auf Erteilung der Approbation	52
cc) Anerkennung eines nordzypriotischen Ausbildungsnachweises als Zahnarzt	52

c) Psychotherapeutenprüfung	52
aa) Keine zeitliche Konsekutivität als unüberwindbare „Zulassungsschranke“	52
bb) Psychotherapeutengesetz: Bachelorstudium der Psychologie	53
2. Strafrecht	53
a) Bundesgerichtshof (BGH)	53
aa) Totschlag in mittelbarer Täterschaft bei Suizidhilfe durch einen Arzt	53
bb) Abrechnung unter anderer LANR/Falsche Datumsangabe	53
b) Anästhesist: Unzureichende Ausstattung/Mehrfachverwendung einer Propofol-Flasche	54
c) Fehlende Aufklärung über Zangengeburt	55
d) Ausstellen unrichtiger Zeugnisse: Vollendungszeitpunkt	55
e) Klageerzwingungsverfahren wegen sexuellen Missbrauchs	55
3. Berufspflichten	56
a) Machtausübung über Patienten und Klienten: Verhängung einer empfindlichen Geldbuße	56
b) Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts	56
4. EuGH: Zulässiges Verbot der Beteiligung reiner Finanzinvestoren an Rechtsanwaltsgesellschaft	57
5. Hohes Chefarztgehalt für Vertragsarzt: Wirksamkeit des Arbeitsvertrages/Zuweiserverhalten	57
6. Weiterbildung	58
a) Weiterbildungszeit Facharzt: Keine Anrechnung einer Tätigkeit aufgrund Berufserlaubnis	58
b) Weiterbildungsbefugnis: Keine nur zeitweise mögliche persönliche Betreuung	58
c) Prüfung für Zusatzbezeichnung: Mindestdauer einer Prüfung/Mitwirkungsobliegenheit	58
d) Gebietsbezeichnung „Kieferorthopädie“: Abweichen von den Vorgaben der Prüfungsordnung	59
e) Gleichwertigkeit eines postgradualen Masterstudiums Kieferorthopädie in Spanien	59
7. Sozialversicherungspflicht	59
a) Kooperationsvertrag eines Vertragsarztes mit Klinik: Behandlung stationärer Patienten	59
b) Kooperationsvertrag mit vertragsärztlicher GbR für Wirbelsäulenoperationen	59
8. Kein Betriebsübergang nach Schließung einer Hausarztpraxis	60
II. Arzthaftung	60
1. Bundesgerichtshof (BGH): Therapiewahl und Behandlungsfehler	60
2. Behandlungsfehler	60
a) Überweisung an Radiologen: Neben- oder Zufallsbefund	60
b) Keine Verlegung auf stroke unit trotz Hinweis auf Schlaganfall	61
c) Behauptung eines Hygienefehlers/Infektion mit gängigem Hautkeim	61
d) Hochrisikozwillingsschwangerschaft: Keine neonatologische Kinderklinik/Schmerzengeld	61
e) Unterlassen einer Kontrolluntersuchung trotz Abnahme des Schätzigewichts	62
f) Wiederholt auftretende suspekter CTG-Befunde nach Einleitung einer Geburt	62
g) Indikation zur Abtragung eines Reinke-Ödems	62
h) Verjährungsbeginn: Kenntnis des Patienten und Schadensbegutachtung	62
3. Aufklärung	63
a) Einwilligungsfähigkeit trotz Schmerzen	63
b) Implantation einer Totalendoprothese: Beinverlängerung	63
c) Verjährungsbeginn: Kenntnis von einer Aufklärungspflichtverletzung	63
4. Sachverständige: Befangenheitsgesuch nach Einlassung zur Sache und/oder Antragstellung	64
5. Nicht rechtzeitige Feststellung der Invalidität	64
6. Verjährungshemmung infolge Anrufung der Schlichtungsstelle	64
7. Prozesskostenhilfverfahren: Vorlage eines MDK-Gutachtens nach Nierenbiopsie	65

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT **66**

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG **67**

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 20.05.2025 eingestellten Entscheidungen.

Erratum

SG Stuttgart, Urteil v. 19.06.2024 - S 87 KA 354/23 - RID 25-01-12. Die Entscheidung stammt vom SG Berlin. Es muss heißen:

SG Berlin, Urteil v. 19.06.2024 - S 87 KA 354/23 - RID 25-01-12.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Sachlich-rechnerische Berichtigung

1. Bauchaortenaneurysmen: Ausschluss der Vergütung trotz Unkenntnis der Vorbehandlung

SG Mainz, Urteil v. 08.01.2025 - S 2 KA 108/22

RID 25-02-1

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 1/25 R

www.juris.de

SGB V §§ 25 IV 2, 87 I, 92 1 2 Nr. 3

Die Leistung nach GOP 01747/01748 EBM kann nur von einem **einzigsten Vertragsarzt abgerechnet** werden, da der Versicherte nur einen einmaligen Leistungsanspruch hat. Der Wortlaut der GOP 01747 und 1748 EBM ist dahingehend eindeutig, dass beide Gebührenordnungspositionen ausschließlich bei männlichen Patienten ab dem 65. Lebensjahr „einmalig berechnungsfähig“ sind. Einmalig bedeutet **einmal im Leben des Patienten**. Hätte der Normgeber gewollt, dass die Gebührenordnungspositionen für jeden behandelnden Arzt einmalig berechnungsfähig sind, hätte es nahegelegen, eine entsprechende Formulierung zu wählen, dass die Gebührenordnungspositionen bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren „für den behandelnden Arzt“ einmalig berechnungsfähig sind.

Bereits dem Wortlaut von GOP 01747 und 01748 EBM kann nicht entnommen werden, dass Voraussetzung für den Abrechnungsausschluss die **Kenntnis** des die Behandlung übernehmenden Arztes **von der Vorbehandlung** ist, mit der Folge, dass dieser nicht greift, wenn der weitere Vertragsarzt hiervon keine Kenntnis hatte. Das Gericht ist sich bei seiner Entscheidung des Umstands bewusst, dass sich der Vertragsarzt nur höchst unzureichend vor einer Erbringung der Leistungen in Unkenntnis des Umstandes, dass diese schon durch einen anderen Arzt zuvor erbracht worden sind, schützen kann. Über die Durchführung des Ultraschall-Screenings auf Bauchaortenaneurysmen wird dem Versicherten kein Nachweis ausgestellt. Er kann also - anders als die Schwangere mit dem Mutterpass betreffend GOP 01770 EBM - selbst keinen Nachweis in schriftlicher Form vorlegen. So bleibt dem Vertragsarzt nur die Befragung des Versicherten mit ungewissem Ergebnis.

Die kl. Krankenkasse stritt mit der bekl. KV über eine sachlich-rechnerische Berichtigung im Quartal I/19 (2.874,86 €) betreffend die GOP 01747 EBM (Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen) und 01748 (Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen). Das **SG** verpflichtete die Bekl., unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts die Erfüllung der Voraussetzungen für die Abrechnung der in Ansatz gebrachten GOP-Ziffern 01747 und 01748 EBM zu prüfen und richtigzustellen.

2. Missbrauch der Kooperationsform fachgruppengleicher Praxismgemeinschaft

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.09.2024 - L 7 KA 4/23

RID 25-02-2

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Leitsatz: Ein **Missbrauch der Kooperationsform** ist bei einer aus zwei Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie bestehenden **fachgruppengleichen Praxismgemeinschaft** anzunehmen, wenn das **Aufgreifkriterium** von 20 Prozent gemeinsamer Patienten in mehreren Quartalen teils erheblich überschritten wird, in einer Vielzahl von Fällen (**Blanko-)**Überweisungen an den Praxispartner ohne Angabe des konkreten Überweisungsgrundes stattfinden, Versichertenkarten regelmäßig bei beiden Praxispartnern am selben Tag **eingesehen** werden und **gegenseitige Vertretungen auf Zuruf** stattfinden.

Im Streit steht die Rechtmäßigkeit von Honorarrückforderungen für die Quartale I/11 bis III/13 in Höhe von 88.779,42 € brutto (87.054,31 € netto) wegen missbräuchlicher Nutzung der Kooperationsform der Praxismgemeinschaft. **SG Berlin**, Urt. v. 30.11.2022 - S 22 KA 82/18 - wies die Klage ab. Das **LSG** hob auf die Berufung des Kl. den angefochtenen Bescheid auf, soweit der Honorarfestsetzungsbescheid für das Quartal I/13 aufgehoben und das ärztliche Honorar für dieses Quartal um 5.699,43 € (brutto) gekürzt wurde, und wies im Übrigen die Klage ab und die Berufung zurück.

3. Verbot der Untersuchung weiblicher Patienten durch Radiologen

LSG Bayern, Urteil v. 25.11.2024 - L 12 KA 38/22

RID 25-02-3

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 106a (aktuell § 106d); StGB § 70 III; StPO § 132a

Leitsatz: 1. Partielles vorläufiges **Berufsverbot** nach § 132a StPO und Abrechnung von Leistungen bei einem Radiologen.

2. Ist dem Vertragsarzt durch vorläufiges partielles Berufsverbot **verboden**, körperliche Untersuchungen und Behandlungen bei **weiblichen Patienten** durchzuführen, sind sämtliche **Röntgenleistungen** sachlich und rechnerisch **richtigzustellen**, weil die gesetzlichen Strahlenschutzvorschriften vorschreiben, dass der Radiologe zur Stellung der rechtfertigenden Indikation die Patientin untersuchen können muss, auch wenn eine solche körperliche Untersuchung im Einzelfall nicht stattfand.

Der Kl. war als Radiologe zugelassen. LG Memmingen, Urt. v. 19.05.2009 verurteilte ihn wegen verschiedener Sexualstraftaten zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren und acht Monaten. Zugleich hob das LG das gegen den Angekl. verhängte vorläufige partielle Berufsverbot auf, da es bereits über fünf Jahre und drei Monate andauert habe. Das Urteil wurde am 24.12.2009 rechtskräftig. Der Kl. verbüßte sodann seine Freiheitsstrafe. Diese Entscheidung war der Schlusspunkt eines langjährigen Strafverfahrens nach Anklageerhebung im Jahr 2005. Der Berufungsausschuss entzog dem Kl. im April 2008 die vertragsärztliche Zulassung und ordnete Sofortvollzug an. SG München, Beschl. v. 09.05.2008 lehnte eine Abänderung der Sofortvollzugsanordnung ab. LSG Bayern, Beschl. v. 16.06.2008 sowie 15.12.2008 (L 12 B 415/08 KA ER) untersagte dem Kl. „ohne Anwesenheit von Hilfspersonen (ärztliches oder nicht fachärztliches Personal), weibliche Patienten zu behandeln; darüber hinaus wird ihm untersagt an weiblichen Patienten körperliche Behandlungen vorzunehmen.“ Mit streitigem Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheid v. 28.10.2011 hob die Bekl. die Honorarbescheide für die Quartale I/08 bis II/10 auf und setzte das Honorar quartalsbezogen niedriger fest. Daraus leitete die Bekl. eine Rückforderung von 223.334,95 € ab. Der Kl. habe trotz des partiellen Berufsverbots in den streitigen Quartalen für weibliche Patienten über seine Abrechnungsnummer Leistungen abgerechnet, die eine unmittelbare Kontaktaufnahme erfordert hätten. Mit Teilabhilfebescheid v. 17.02.2012 wurde der Vorbescheid hinsichtlich der Berichtigungen des Quartals I/08 sowie ab dem 19.05.2009 aufgehoben (verbleibende Rückforderung 90.974,11 €). Grund hierfür war, dass bis zum 31.03.2008 eine Sicherstellungsassistentin genehmigt gewesen sei. Ab dem 19.05.2009 sei das vorläufige Berufsverbot aufgehoben worden. Im Übrigen wies die Bekl. den eingelegten Widerspruch zurück. **SG München**, Urt. v. 20.09.2022 - S 38 KA 176/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Nachweis über Fortbildung

a) Fortbildungszeitraum bei Wechsel von einer angestellten Tätigkeit zur Zulassung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.11.2024 - L 5 KA 3215/22

RID 25-02-4

Revision anhängig: B 6 KA 10/24 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95d

Durch den **Wechsel von einer angestellten Tätigkeit zur Zulassung** ändert sich der **Fünfjahreszeitraum** zur Erbringung eines Fortbildungsnachweises nicht. Hierzu hat sich das BSG bisher nicht geäußert. Der Statuswechsel von einer Anstellung in eine Zulassung ändert die Fortbildungsverpflichtung nicht. Die Nachweispflicht ist eine Maßnahme der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung, weshalb es nicht darauf ankommt, ob die Vertragsärzte selbst zugelassene Praxisinhaber sind oder als ermächtigte oder als angestellte Ärzte tätig sind (vgl. SG Magdeburg, Urt. v. 18.03.2015 - S 13 KA 60/11 - juris, RID 15-03-8). Einer Sonderregelung bedarf es trotz eines Wechsels der Rechtspersönlichkeit vom anstellenden Arzt zum zugelassenen Vertragsarzt nicht. Die Honorarkürzung trifft zwar ein anderes Rechtssubjekt. Die Fortbildungspflicht und die Nachweispflicht bestehen mit der Zulassung nunmehr in einer Person. Dieser Person ist die bisher absolvierte Fortbildung bekannt.

Zur Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung bedarf es der **Vorlage eines Zertifikats der Landesärztekammer** bei der KV. Die Versäumung der Frist zum Nachweis der Fortbildungspflicht kann nicht damit kompensiert werden, dass die Fortbildungsverpflichtung in überobligatorischer Weise, durch das Sammeln von mehr Fortbildungspunkten als nötig, nachgekommen wird. Dies sieht das Gesetz nicht vor.

Eine **unverhältnismäßige Belastung** liegt darin nicht. Eine Differenzierung zwischen Ärzten, die ihre Fortbildung nicht innerhalb der vorgegebenen Frist absolviert haben und solchen, die lediglich das erforderliche Zertifikat nicht fristgerecht eingereicht haben, musste der Gesetzgeber nicht vornehmen.

Der Kl. ist seit dem 01.01.2015 mit vollem Versorgungsauftrag als Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zuvor war er vom 01.07.2012 bis 31.12.2014 als angestellter Arzt in dieser Praxis tätig. Ausgehend von der Tätigkeit als angestellter Arzt in der Praxis ab 01.07.2012 berechnete die Bekl. im Hinblick auf die Fortbildungsverpflichtung des Kl. den Fünfjahreszeitraum bis 31.07.2017. Die Bekl. erinnerte wiederholt an die Übersendung des Fortbildungsnachweises. Mit Honorarbescheid v. 13.07.2018 kürzte die Bekl. für das Quartal I/18 das kürzungsrelevante Honorar des Kl. in Höhe von 120.111 € um 10 v.H., also um 12.011,10 €, weil er zwei Quartale ohne Fortbildungsnachweis geblieben sei. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Stuttgart**, Ur. v. 18.07.2022 - S 5 KA 6628/18 -, berichtigt durch Beschl. v. 13.01.2023, wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Fortgeltung des Fünfjahreszeitraums bei Wechsel in Anstellung

SG Düsseldorf, Urteil v. 17.03.2025 - S 51 KA 491/20

RID 25-02-5

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95d

Endet der maßgebliche Fünfjahreszeitraum für den Fortbildungsnachweis mit Ablauf des 30.06.2019 und erfolgt der Nachweis durch elektronische Mitteilung der Ärztekammer nach der Teilnahme an einer Fortbildung am 06.07.2019, ist der **Nachweis verspätet**. Entscheidend kommt es auf den Zeitpunkt des Nachweises an, nicht darauf, ob die erforderlichen Fortbildungen fristgerecht absolviert wurden (vgl. BSG, Ur. v. 11.02.2015 - B 6 KA 19/14 R - SozR 4-2500 § 95d Nr. 1 Rn. 21).

Hinsichtlich des **Fünfjahreszeitraums** findet keine Zäsur dadurch statt, dass ein Arzt seine vertragsärztliche Niederlassung zu Gunsten einer Anstellung aufgegeben hat. Eine **Änderung des Zulassungsstatus** ändert nichts an der persönlichen oder fachlichen Eignung des konkret vertragsärztlich tätigen Arztes. Es wäre dem Sinn und Zweck der Norm entgegengesetzt, wenn ein Arzt seiner vertragsärztlichen Fortbildungs(nachweis)pflcht dadurch entgehen könnte, dass er seinen Arbeitgeber wechselt oder sich erstmals anstellen lässt. Die nach § 95d Abs. 5 SGB V vorzunehmende entsprechende Anwendung der Norm bei angestellten Ärzten bedeutet, dass der Fortbildungs(nachweis)zeitraum weiterläuft und keine Zäsur dadurch erfährt, dass eine Anstellung erfolgt. Die entsprechende Anwendung erfordert lediglich, dass die Nachweispflicht und die etwaige Sanktion auf das jeweils aktuell anstellende MVZ übergehen.

Es begegnet keinen rechtlichen Bedenken, dass ein MVZ nicht vorab über den nahenden Ablauf des Nachweiszeitraums informiert wird. Eine solche **Hinweispflicht** ist nicht (mehr) gesetzlich oder untergesetzlich normiert. Bei einem Statuswechsel von der Zulassung zur Anstellung ist es daher unerheblich, dass ein Hinweis nur an den jetzt angestellten Arzt ergeht.

Die Kl. betreibt ein MVZ. Zum Juli 2018 stellte sie X ein, der zuvor seit 2001 als zugelassener Vertragsarzt tätig war. Die Bekl. kürzte das durch X erwirtschaftete Honorar der Kl. für das Quartal III/19 um 10%, mithin um 11.124,27 €. Es sei kein ausreichender Nachweis über seine Fortbildungen erbracht worden. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

5. Notfallambulanz eines Krankenhauses: Vergütung von Laborleistungen nach Kap. 32 EBM

SG Stuttgart, Urteil v. 24.09.2024 - S 24 KA 1522/21

RID 25-02-6

www.juris.de

SGB V §§ 76 I 2, 106d

Leitsatz: Zu den **(Begründungs-)Voraussetzungen** einer gesonderten Vergütung von **Laborleistungen** des Kapitels 32 des EBM in der **Notfallambulanz eines Krankenhauses**.

Zwischen den Beteiligten steht die Vergütung von Laborleistungen in der Notfallambulanz in den Quartalen IV/18 bis III/19 in Streit. Das **SG** wies die Klage ab.

II. Genehmigung/Einhaltung des Versorgungsauftrags/Weiterbildung/Notfalldienst

1. Aufforderung zur Einhaltung des Versorgungsauftrags nach § 19a Abs. 4 S. 2 Ärzte-ZV

SG Hannover, Urteil v. 26.02.2025 - S 20 KA 170/23

RID 25-02-7

Berufung anhängig: LSG Niedersachsen-Bremen - L 3 KA 6/25 -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 III 4; Ärzte-ZV § 19a IV 2

Leitsatz: Bei der **Aufforderung zur Einhaltung des Versorgungsauftrags** nach § 19a Abs. 4 Satz 2 Ärzte-ZV handelt es sich lediglich um eine **Vorbereitungshandlung** für zukünftige Honorarkürzungen. Sie hat reinen Informationscharakter und stellt keinen Verwaltungsakt dar.

Die Kl. ist eine GmbH und Trägerin eines MVZ in G. Dort ist u.a. die Fachärztin für Laboratoriumsmedizin Dr. H. mit 31 Wochenstunden angestellt. Auf Antrag der Kl. wurde die Wochenstundenzahl ab Oktober 2024 auf 20 herabgesetzt. Im Mai 2022 informierte die Bekl. die Kl. darüber, dass bei Dr. H. Anhaltspunkte bestünden, dass der Versorgungsauftrag in den Quartalen I-IV/21 nicht erfüllt wurde, weil der Versorgungsauftrag nur mit 17,5 % bis 19 % nach Fallzahlen bzw. mit 0 % nach Leistungszeit erfüllt worden sei. Mit Schreiben vom 10.06.2022 forderte die Bekl. die Kl. auf, bis zum Quartal IV/22 die Leistungszeit bei Frau Dr. H. so auszuweiten, dass der Versorgungsauftrag erfüllt werde oder den Versorgungsauftrag durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss zu beschränken. Bei Nichterfüllung des Versorgungsauftrages innerhalb der gesetzten Frist sei man zur Kürzung des Gesamthonorars um 10 % verpflichtet. Das Schreiben endete mit einer Rechtsbehelfsbelehrung. Hiergegen erhob die Kl. Widerspruch. Die Bekl. modifizierte mit „Teil-Abhilfebescheid“ v. 27.03.2023 ihren „Bescheid“ v. 10.06.2022 insoweit, „als dass sich die angedrohte Honorarkürzung auf den durch die betroffene angestellte Ärztin, Frau Dr. med. B. H., erwirtschafteten Honoraranteil beschränkt“. Den Widerspruch wies die Bekl. sodann als unbegründet zurück. Das **SG** hob den Bescheid v. 10.06.2022 in der Gestalt des Teilabhilfebescheides v. 27.03.2023 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides auf.

2. Keine defensiven Konkurrentenklage gegen Zweigpraxisgenehmigung

SG Marburg, Urteil v. 12.02.2025 - S 18 KA 127/22

RID 25-02-8

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV § 24 III

Leitsatz: § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV vermittelt Vertragsärzten grundsätzlich keinen **Drittschutz** für die Anfechtung einer **Zweigpraxisgenehmigung** eines MVZs. Die insoweit verbleibende Anfechtungsberechtigung aufgrund einer willkürlichen Behördenentscheidung muss auf solche Fälle begrenzt bleiben, in denen die behördliche Entscheidung jeden sachlichen Grundes entbehrt.

Der Kl., Facharzt für Orthopädie in A-Stadt, betreibt mit einem Facharzt für Orthopädie und Chirurgie eine überörtlichen BAG. Die Bekl. genehmigte dem beigel. MVZ einer Zweigpraxis in A-Stadt. Der Widerspruch des Kl. blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Finanzielle Förderung der Weiterbildung gem. § 75a SGB V nur bis zum 50. Lebensjahr

SG Schwerin, Urteil v. 22.01.2025 - S 3 KA 31/23

RID 25-02-9

www.juris.de

SGB V § 75a

Leitsatz: 1. Die **Vertragspartner** nach § 75a Abs. 4 SGB V können ergänzende Vorschriften zur Konkretisierung, Umsetzung und Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen der **regionalen KV** überlassen, ohne ihren eigenen Regelungsauftrag zu verletzen (§ 3 Abs. 7 der Anlage I der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gem. § 75a SGB V).

2. Eine Konkretisierung in diesem Zusammenhang stellt eine **Altersgrenze im Sicherstellungsstatut** einer KV dar, wonach die Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung, der zu Beginn der geförderten Weiterbildungszeit das **50. Lebensjahr** vollendet hat, grundsätzlich ausgeschlossen ist und nur zur Vermeidung unbilliger Härten möglich ist.

3. **Höheres Recht** ist hierdurch nicht verletzt.

Dr. A., geb. im Oktober 1969, erhielt ihre Approbation im November 2002. Nach eigenen Angaben verfolgte sie zunächst ihre Weiterbildung in der Kinderheilkunde (Mai 2001 bis Oktober 2002, Juli 2014 bis Juni 2015 und

Oktober 2016 bis März 2022). Die Ärztekammer erteilte ihr die Auskunft, dass sie unter Anrechnung von insgesamt 18 Monaten Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin noch 42 Weiterbildungsmonate für die Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin zu absolvieren habe. Sie verpflichtete sich, nach abgeschlossener Weiterbildung mindestens 5 Jahre in MV tätig zu sein. Die bekl. KV lehnte eine Förderung der Weiterbildung der bei der Kl. angestellten Ärztin Dr. A. ab. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Neustrukturierung des Notfalldienstes: Kein Beteiligungsrecht der Gebietskörperschaften

SG Stuttgart, Beschluss v. 22.03.2025 - S 12 KA 922/25 ER

RID 25-02-10

www.juris.de

SGB V § 75 Ib; SGB X § 95 I 2; SGG § 86b II 1

Leitsatz: 1. § 95 SGB X ist im **Vertragsarztrecht** nicht grundsätzlich unanwendbar. Insbesondere wird § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB X nicht durch § 75 Abs. 1b SGB V verdrängt.

2. § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB X verleiht den jeweiligen **Gebietskörperschaften kein subjektiv-öffentliches Recht auf Beteiligung**, sondern unterliegt lediglich der Überprüfung durch die Rechtsaufsicht.

Mit ihren Anträgen auf einstweiligen Rechtsschutz verfolgen die Ast., drei kommunale Gebietskörperschaften im Land Baden-Württemberg, das Ziel, die von der Ag. im Zuge ihres „Zukunftskonzepts 2024+“ zur Neustrukturierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes beabsichtigte Schließung der am jeweiligen Standort bisher vorhandenen Notfallpraxen zum 31.03.2025 zu suspendieren. Eine Hauptsacheklage der Ast. und zehn weiterer Gebietskörperschaften ist unter dem Az. S 12 KA 923/25 anhängig. Das **SG** lehnte die Anträge auf einstweiligen Rechtsschutz ab.

III. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 26.03.2025 - **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 Abs. 5 S. 8 SGB V (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung, heute: § 106c Abs. 3 S. 6 SGB V) durchzuführen. Nach der Senatsrspr. ist die Ausnahmeregelung auf Fälle beschränkt, in denen sich die Unzulässigkeit der Verordnung unmittelbar und eindeutig aus dem Gesetz selbst oder aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ergibt. Zwar folgt bereits aus § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V, dass während eines stationären Aufenthalts dem Krankenhaus grundsätzlich auch die Arzneimittelversorgung des Patienten obliegt. Der Regress eines sonstigen Schadens gegenüber einem Vertragsarzt, der während des stationären Krankenhausaufenthalts des Versicherten eine Arzneimittelverordnung ausstellt, ist aber an die Grundsätze des Schadensersatzrechts angelehnt und deshalb verschuldensabhängig ausgestaltet. Dementsprechend bedarf es regelmäßig einer Prüfung aller Umstände des Einzelfalls. Es handelt sich daher nicht um eine Fallgestaltung, in der sich die Unzulässigkeit der ärztlichen Verordnung unmittelbar und eindeutig aus dem Gesetz selbst ergibt. Nach BSG, Urt. v. 26.03.2025 - **B 6 KA 2/24 R** - ist eine Anfechtungsklage gegen einen Regressbescheid der Prüfungsstelle wegen **Verordnung von Cannabis ohne Genehmigung der Krankenkasse** nach § 106c Abs. 3 S. 6 SGB V **ohne Durchführung eines Vorverfahrens** zulässig, denn die Unzulässigkeit der ärztlichen Verordnung ergibt sich **unmittelbar und eindeutig aus dem Gesetz** selbst. Nach § 31 Abs. 6 S. 2 SGB V bedarf die Versorgung mit Cannabis bei der Erstverordnung der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse; eine Genehmigung lag hier jedoch zu keinem Zeitpunkt vor. Der Nachforderungsbescheid ist rechtzeitig ergangen. Zwar lief die zweijährige **Ausschlussfrist** für Verordnungen in den Quartalen des Jahres 2020 am 31.12.2022 ab. Hier war die Frist jedoch aufgrund des **Prüfantrags der Krankenkasse und der Anhörung des Kl. gehemmt**. Die st. Senatsrspr. zur entsprechenden Anwendung der Vorschriften über die Hemmung der Verjährung im Bürgerlichen Gesetzbuch ist durch die Änderung des § 106 Abs. 3 S. 3 letzter Halbs, SGB V mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz v. 06.05.2019 bestätigt worden. Diese bundesrechtliche Regelung konnte nicht durch die **Rahmenvorgaben** für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgeschlossen werden. Die Prüfungsstelle hat auch zu Recht **nicht die Differenzkostenmethode** nach § 106b Abs. 2a S. 1 SGB V angewandt, sondern den Betrag in voller Höhe regressiert. Verordnungen von Cannabisblüten ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse sind nicht nur unwirtschaftlich im engeren Sinne, sondern unzulässig. Insoweit haben BSG, Urt. v. 05.06.2024 entschieden, dass die Differenzkostenberechnung nicht bei unzulässigen Verordnungen greift.

1. Prävalenzprüfung: Nr. 35110 EBM und Praxisbesonderheit

LSG Hessen, Urteil v. 26.02.2025 - L 4 KA 27/23

RID 25-02-11

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: 1. Zur Feststellung von Amts wegen zu berücksichtigender - offensichtlicher - **Praxisbesonderheiten** dürfen die Prüfungsgremien sich bei der Durchführung der **Prävalenzprüfung** der **GOP 35110 EBM** auf einen Vergleich der Behandlungsfälle der geprüften Praxis mit einer nach ICD-10 kodierten Diagnose aus dem Bereich psychische und Verhaltensstörungen (F00 - F99) in den Abrechnungsunterlagen mit den entsprechenden Daten der Vergleichsgruppe beschränken.

2. Die **Angabe einer F-Diagnose** nach ICD-10 ist Indiz für eine wirtschaftliche Erbringung der GOP 35110 EBM.

3. Anhand der bloßen Abrechnungsunterlagen (Behandlungsscheine) ist bei Mehrfachansatz der GOP 35110 EBM die **Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise** nicht erkennbar, eine sich hieraus ergebende etwaige Praxisbesonderheit daher nicht offenkundig. Bei der von Amts wegen vorzunehmenden Prüfung haben die Prüfungsgremien eine medizinisch-intellektuelle Prüfung der Abrechnung der GOP 35110 EBM durchzuführen.

Die Beteiligten streiten über die Honorarprüfungen betreffend die Quartale I/15 bis IV/16 wegen eines „offensichtlichen Missverhältnisses“ im Vergleich zur Fachgruppe bei der GOP 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen). Die Kl., hausärztlich tätige Fachärztin für Innere Medizin, war in einer Einzelpraxis niedergelassen. Sie verfügt über die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. **SG Marburg**, Urt. v. 27.09.2023 - S 17 KA 22/21 - RID 23-04-11 verpflichtete den Bekl., die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Keine Anwendbarkeit des § 45 SGB X

SG Stuttgart, Urteil v. 15.01.2025 - S 12 KA 1765/21

RID 25-02-12

www.juris.de

SGB V § 106, 106d II 1; SGB X §§ 45, 50 I; SGB I § 37; BGB § 204 I Nr. 12

Leitsatz: § 45 SGB X ist auf **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** nach § 106 SGB V nicht anwendbar. Weder können die Prüfungsgremien dem Vertrags(zahn)arzt die Vertrauensausschlussgründe des Abs. 2 Satz 3 entgegenhalten, noch haben sie andererseits die Frist des Abs. 4 Satz 2 zu beachten.

Die Prüfungsstelle setzte mit Bescheid v. 13.08.2019 eine Honorarkürzung in Höhe von 1.785,42 €, 2.470,03 €, 1.747,08 € und 3.079,36 € für die Quartale III/14 bis II/15 fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. Klage wurde nur für die Quartale III/14 bis I/15 erhoben. Das **SG** hob den Bescheid v. 29.03.2021 hinsichtlich der Quartale III/14 bis I/15 auf.

3. Sprechstundenbedarfsvereinbarung: Antragsfristen

SG Schwerin, Urteil v. 05.03.2025 - S 3 KA 42/22

RID 25-02-13

www.juris.de

SGB V § 106b; BGB § 242

Leitsatz: 1. Auch in einer **Sprechstundenbedarf-Vereinbarung** (SSB-VB) geregelte **Antragsfristen** für eine Richtigstellung sind bloße **Ordnungsvorschriften**.

2. Für die Auslegung einer SSB-VB gilt der Primat der **Wortlautauslegung**.

3. Den Prüfungsgremien ist auch im Fall einer unzulässigen Verordnung als SSB (sog. Basismangel) **kein Kürzungsermessen** eingeräumt.

Die Beigel. zu 1) nimmt als Fachärztin für Dermatologie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Im Quartal IV/17 verordnete sie Suprasorb® Liquacel (10 x 10 cm; PZN 08561904) als SSB. Hierdurch entstanden der den SSB ausführenden A Kosten in Höhe von 75,30 €. Die kl. Krankenkassenverbände stellten mit Schreiben v. 19.12.2019 zunächst einen Antrag auf sachlich-rechnerische Richtigstellung bei der KV und nachfolgend mit Schreiben v. 19.12.2019 auf Festsetzung eines Regresses bei der Prüfungsstelle. Die Prüfungsstelle wies den Antrag der Kl. zurück. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit der Bekl. den Widerspruch der Kl. wegen des im Wege des Sprechstundenbedarfes verordneten Produktes Suprasorb® Liquacel (10x10) zurückgewiesen hat, und verpflichtete den Bekl., unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu entscheiden.

IV. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 26.03.2025 - **B 6 KA 7/24 R** - kann einer Vertragsärztin die **Genehmigung zur Anstellung** eines Arztes, der **bereits über zwei Zulassungen im Umfang von jeweils einem halben Versorgungsauftrag** verfügt, nicht erteilt werden. Eine über den - bereits wahrgenommenen - vollen Versorgungsauftrag hinausgehende Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist ausgeschlossen. An der st. Rspr. zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Umfang von höchstens einem vollen Versorgungsauftrag hält der Senat fest. Auch nach Einführung der Möglichkeit zur Reduzierung eines Versorgungsauftrags auf die Hälfte oder Dreiviertel ist **der volle Versorgungsauftrag** Ausgangspunkt und Maßstab der Regelungen zur Bedarfsplanung und zur vertragsärztlichen Vergütung geblieben. Auch durch eine Anstellung kann die Teilnahme eines Arztes an der vertragsärztlichen Versorgung nicht auf mehr als einen Versorgungsauftrag erweitert werden. Dagegen kann die Kl. nicht mit Erfolg einwenden, dass die Anstellungsgenehmigung unter der Bedingung des teilweisen Zulassungsverzichts hätte erteilt werden können. Nach den bindenden Feststellungen des LSG hat Dr. K. zu keinem Zeitpunkt die Bereitschaft zu einer Reduzierung seiner Tätigkeit als Vertragsarzt erklärt oder diese wenigstens in Aussicht gestellt. Durch die Beschränkung von angestellten Ärzten auf die Wahrnehmung von höchstens einem vollen Versorgungsauftrag wird weder die durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Berufsfreiheit der Kl. noch das Gleichbehandlungsgebot aus Art. 3 Abs. 1 GG verletzt. Diese Beschränkung verhindert im Übrigen die Zuteilung von Versorgungsaufträgen „auf Vorrat“ und trägt damit dazu bei, dass die Berufsfreiheit anderer Ärzte, die die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in zulassungsbeschränkten Planungsbereichen anstreben, nicht übermäßig beschränkt wird.

Nach BSG, Urt. v. 11.12.2024 - **B 6 KA 11/23 R** - **erledigt** sich das **Anfechtungs- und Verpflichtungsbegehren**, wenn ein MVZ **nach vor Erlass des angegriffenen Bescheides** auf seine vertragsärztliche Zulassung **verzichtet**, auch wenn damit die Umwandlung der Anstellungsgenehmigung in eine Zulassung der Ärztin und nachfolgend der Verzicht der Ärztin auf diese Zulassung zugunsten der Anstellung in dem nunmehr in der Rechtsform der GmbH betriebenen MVZ einhergeht. Verzichtet ein Vertragsarzt auf seine Zulassung zugunsten der Anstellung in einem MVZ findet nach der Senatsrspr. keine „Übertragung“ der Zulassung statt. Bereits zu diesem Zeitpunkt tritt somit die Erledigung ein. Der angefochtene Bescheid entfaltet keine Wirkung mehr und bedarf nicht der Aufhebung. Aber auch eine Auswahlentscheidung zugunsten des Klägers war nicht mehr möglich. Nach ständiger Senatsrspr. erledigt sich auch die Ablehnung des Mitbewerbers (hier des Kl.) und dessen Begehren auf Zulassung durch die Zulassungsgremien, wenn der ausgewählte Bewerber nicht mehr zur Verfügung steht; ein Verwaltungsverfahren ist nicht mehr anhängig. Insofern macht es keinen Unterschied, ob Grund für die Ausschreibung die Nachbesetzung einer Praxis oder die teilweise Entsperrung des Planungsbereichs ist. Nach BSG, Urt. v. 11.12.2024 - **B 6 KA 3/23 R** - ist die Durchführung einer **mündlichen Verhandlung** vor dem Berufungsausschuss in den nicht ausdrücklich in § 37 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV genannten Fällen nicht obligatorisch, sondern steht im (Verfahrens-)Ermessen des Berufungsausschusses. Die **bedarfsabhängige Institutsermächtigung nach § 117 Abs. 3a SGB V** setzt notwendig voraus, dass die ausreichende Versorgung der Versicherten nicht bereits sichergestellt ist. In die Bedarfsprüfung sind **Ausbildungsaspekte** nicht einzustellen. Das folgt aus der Gesetzesbegründung zur Neufassung der Norm durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung v. 15.11.2019. Danach sollten Ambulanzen an psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten nicht über den Bedarf der Versicherten hinaus anzahlmäßig erhöht werden.

1. Zulassung zur Erbringung einzelner fachärztlicher Leistungen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 04.12.2024 - L 7 KA 41/21

RID 25-02-14

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 73 Ia 3

Leitsatz: Ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung hat einen Anspruch auf Neubescheidung seines Antrages auf befristete zusätzliche **Zulassung** zur Erbringung einzelner benannter **fachärztlicher Gebührenordnungspositionen** gemäß § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V, wenn der Berufungsausschuss in der fehlerhaften Annahme, dass eine gleichzeitige Erbringung haus- und fachärztlicher Leistungen generell nicht möglich sei, **keinerlei Bedarfsprüfung** vornimmt.

Der Kl., Facharzt für Innere Medizin und berechtigt, die Schwerpunktbezeichnungen Angiologie und Kardiologie sowie die Zusatzbezeichnung Phlebologie zu führen, zur hausärztlichen Versorgung zugelassen, begehrte von dem Bkl. zuletzt nur noch die Zulassung zur Erbringung und Abrechnung der GOP 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075 EBM (sonographische Untersuchungen von Gefäßen mittels Duplexverfahren). **SG Berlin**, Urt. v. 10.11.2021 - S 87 KA 252/20 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte den Bkl., über den Antrag des Kl. auf Zulassung zur zusätzlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung in Form der Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Duplex-Sonographie nach den EBM-Nummern 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

2. Sonderbedarfszulassung

a) Kein Anspruch auf Umwandlung einer Sonderbedarfs- in eine Regelzulassung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.08.2024 - L 11 KA 10/23

RID 25-02-15

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95, 101; GG Art. 2 I, 3 I, 12 I, 14 I, 20 III; BedarfsplRL §§ 26 IV, 37

Für den Anspruch auf **Umwandlung einer Sonderbedarfs- in eine Regelzulassung** gibt es keine Anspruchsgrundlage (mehr). § 37 Abs. 1 S. 2 BedarfsplRL a.F., wonach die Beschränkungen der Sonderbedarfszulassung endeten, wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellte, dass eine Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 und 3 SGB V nicht mehr bestand, wurde mit Ablauf des 03.07.2013 durch die Neufassung ersatzlos gestrichen (BSG, Ur. v. 27.01.2021 - B 6 KA 27/19 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 31, juris Rn. 49).

Dies ist **verfassungsrechtlich** (Art. 3, 12, 14 GG) nicht zu beanstanden. Insb. liegt keine Benachteiligung gegenüber **Jobsharing-Praxen** vor, bei denen nach § 101 Abs. 3 S. 2 SGB V i.V.m. § 26 Abs. 2 BedarfsplRL die Beschränkungen und Leistungsbegrenzungen nach § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V mit Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen enden. Es bestehen zwischen der Gruppe der Jobsharing-Praxen und Inhabern von Sonderbedarfszulassungen gewichtige Unterschiede, die eine unterschiedliche Behandlung rechtfertigen. Jobsharing-Praxen müssen - anders als im Wege der Sonderbedarfszulassung zugelassene Leistungserbringer - für die Dauer angeordneter Zulassungsbeschränkungen eine Beschränkung ihrer Leistungsmenge hinnehmen. Demgegenüber werden mit der Sonderbedarfszulassung (letztlich unter Inkaufnahme einer Leistungsausweitung) quantitativ grundsätzlich unbegrenzte Versorgungsaufträge erteilt.

Der Kl. begehrt im Berufungsverfahren noch die Umwandlung seiner Sonderbedarfszulassung für vertragspsychotherapeutische Tätigkeit (Anrechnungsfaktor 0,5) in eine Regelzulassung. Der Kl. ist im Rahmen eines hälftigen Versorgungsauftrags aufgrund eines lokalen Sonderbedarfs als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zugelassen. Im Oktober 2020 gab der Zulassungsausschuss nach teilweiser Entsperrung des Plangebiets dem Antrag des Kl. auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit Wirkung zum 01.01.2021 statt. Dem Antrag der Beigel. zu 1) gab er nicht statt, weil er am 20. März 2020, damit außerhalb der Frist eingegangen und daher im Auswahlverfahren nicht zu berücksichtigen sei. Der Bekl. hob die Zulassung des Kl. auf und ließ die Beigel. zu 1) zu. **SG Aachen**, Ur. v. 30.01.2023 - S 24 KA 4/21 - verpflichtete den Bekl., den Widerspruch der Beigel. zu 1) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Im Übrigen wies es die Klage ab. Im Berufungsverfahren entschied der Bekl. mit Beschl. v. 31.05.2023 neu und ließ die Beigel. zu 1) unter geänderter Anschrift erneut zu. Das **LSG** wies die Berufung des Kl. zurück und die Klage gegen den Beschluss des Bekl. vom 31.05.2023 ab.

b) Keine Leistungsbegrenzung im Rahmen eines lokalen Sonderbedarfs (Mammografie/Sonografie)

SG Potsdam, Urteil v. 11.12.2024 - S 1 KA 6/23

RID 25-02-16

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 2/25 R

www.juris.de

SGB V § 101 I 1 Nr. 3

Ein Anspruch auf einen **qualifikationsbezogenen Sonderbedarf** für **Mammografie- und Sonografieleistungen** scheidet aus, denn die Voraussetzungen nach § 37 Abs. 1 a) BedarfsplRL sind nicht erfüllt. Nach der **Weiterbildungsordnung** der Landesärztekammer Brandenburg (WBO 2023) umfasst das Gebiet der Radiologie die Erkennung von Krankheiten mithilfe ionisierender Strahlen, kernphysikalischer und sonografischer Verfahren sowie die Anwendung interventioneller, minimal-invasiver radiologischer Verfahren in der Erwachsenen-, Kinder- und Neuroradiologie sowie die Belange des Strahlenschutzes. Als mögliche Schwerpunkte werden allein die Neuroradiologie und die Kinder- und Jugendradiologie angegeben. Auch als zusätzliche Weiterbildung wird weder die Mammografie noch Sonografie angeführt.

Allein für die Erbringung von Mammografie- und Sonografieleistungen kann ein **lokaler Sonderbedarf** nicht begründet werden, da dieser sich **nicht nur auf ein Leistungsgebiet einer Fachrichtung beschränkt**, sondern das gesamte Leistungsspektrum der betroffenen Arztgruppe abbilden muss (BSG, Ur. v. 28.06.2017 - B 6 KA 28/16 R - BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19; BSG, Ur. v. 17.03.2021 - B 6 KA 2/20 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 21). Eine Beschränkung der Zulassung bei lokalem

Sonderbedarf auf nur eine oder zwei Leistungen (Mammografie und Sonografie) ist unzulässig, da gemäß § 36 Abs. 6 BedarfssplRL nur bei qualifikationsbezogenem Sonderbedarf eine Beschränkung der Zulassung auf die ärztlichen Leistungen möglich ist, die den Ausnahmetatbestand begründen. Eine Ausweitung dieser Regelung auf den lokalen Sonderbedarf ist nicht vorgesehen. Damit setzt die Zulassung wegen eines lokalen Sonderbedarfs voraus, dass in der gesamten Breite ein Versorgungsdefizit besteht (vgl. LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 24.11.2021 - L 9 KA 1/18 - juris).

Der Zulassungsausschuss genehmigte der Kl., einer GmbH, die u.a. das MVZ H betreibt, mit Wirkung ab dem 01.05.2022 die Anstellung (20 Stunden pro Woche, Anrechnungsfaktor 0,5) der Dr. W. als Fachärztin für Radiologie aufgrund qualitätsbezogener Sonderbedarfsfeststellung. Die Anstellung erfolgte mit der Maßgabe, dass nur Leistungen auf dem Gebiet der kurativen Mammografie und damit zusammenhängender Sonografien abrechnungsfähig sind. Gegen diesen Beschluss legte die Kl. hinsichtlich der Nebenbestimmung der Beschränkung der Anstellungsgenehmigung Widerspruch ein. Die Beigel. zu 8 legte ebf. Widerspruch ein. Der Bekl. gab dem Widerspruch der Beigel. zu 8 statt und hob den Beschluss des Zulassungsausschusses auf. Den Widerspruch der Kl. wies er zurück. Das SG wies die Klage ab.

c) Überdurchschnittliche Leistungserbringung eines Radiologen mit Schwerpunkt Neuroradiologie

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.02.2025 - L 7 KA 27/22

RID 25-02-17

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 101

Leitsatz: 1. Der den Zulassungsgremien bei einer Entscheidung über einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung eröffnete **Beurteilungsspielraum** setzt als Grundlage einen ausreichend **ermittelten Sachverhalt** voraus.

2. Die **überdurchschnittliche Leistungserbringung** eines Facharztes für Radiologie mit dem Schwerpunkt **Neuroradiologie** rechtfertigt für sich genommen weder eine weitere hälftige Zulassung aufgrund lokalen noch aufgrund qualifikationsbezogenen **Sonderbedarfs**.

3. Bei der **Ermittlung der Versorgungslage** sind die Zulassungsgremien nicht verpflichtet, die tatsächlichen Behandlungsfallzahlen eines bereits mit einem halben Versorgungsauftrag zugelassenen Vertragsarztes um die Behandlungsfälle zu bereinigen, die statistisch gesehen über den halben Versorgungsauftrag hinausgehen.

Der Kl. ist seit April 2006 Facharzt für Diagnostische Radiologie und seit September 2016 berechtigt, die Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie zu führen. Nachdem er zunächst ab 2017 im Jobsharing in der Praxis von Frau PD Dr. R, Fachärztin für Diagnostische Radiologie, tätig war, genehmigte der Zulassungsausschuss ab Juli 2017 die Anstellung des Kl. im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages aufgrund lokalen Sonderbedarfs. Im November 2018 wurde die Anstellungsgenehmigung in eine hälftige Zulassung aufgrund lokalen Sonderbedarfs umgewandelt. Der Kl. und Frau PD Dr. R sind in einer BAG mit einem Versorgungsauftrag von 1,5 tätig. Seit dem 1. Quartal 2021 beschäftigt die BAG eine angestellte Fachärztin für Radiologie. Die BAG beantragte im Mai 2018 erfolglos die Erweiterung seiner Sonderbedarfszulassung auf einen vollen Versorgungsauftrag wegen Vorliegens eines lokalen Sonderbedarfs. **SG Potsdam**, Urt. v. 19.10.2022 - S 1 KA 5/22 WA - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Bestimmung des Einzugsbereichs der Praxis und Analyse der Patientenfallzahlen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.02.2025 - L 7 KA 36/23

RID 25-02-18

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 101

Leitsatz: 1. Der den Zulassungsgremien bei einer Entscheidung über einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung eröffnete **Beurteilungsspielraum** setzt als Grundlage einen ausreichend **ermittelten Sachverhalt** voraus.

2. Die Zulassungsgremien haben ausgehend von dem Praxissitz der begehrten Sonderbedarfszulassung unter Berücksichtigung des ihnen zustehenden Beurteilungsspielraums zunächst den zu versorgenden **Einzugsbereich der Praxis** zu bestimmen und sodann für diesen Bereich die tatsächliche Versorgungslage systematisch und strukturiert zu ermitteln.

3. Die **Auslastung** der im Einzugsbereich befindlichen fachgleichen Praxen ist insbesondere auf Grundlage einer **Analyse der Patientenfallzahlen** zu ermitteln.

Die kl. Fachärztin für Innere Medizin mit der Spezialisierung Hämatologie/Onkologie ist seit 2015 im Umfange eines hälftigen Versorgungsauftrages zugelassen. Sie ist Mitinhaberin einer BAG für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie. Mit bestandskräftigen Beschlüssen v. 27.01.2021 genehmigte der Zulassungsausschuss die Anträge fünf anderer Ärzte auf Versorgungsbereichswechsel von der hausärztlichen Versorgung in die fachärztlich-internistische Versorgung im Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie mit Wirkung zum Juli 2021. Den am 23.12.2020 gestellten Antrag der Kl. auf hälftige Aufstockung ihres Versorgungsauftrags lehnte der Zulassungsausschuss am 19.05.2021 ab. Der Widerspruch blieb erfolglos. Im Zuge mehrerer vor dem SG Berlin geführter Klageverfahren, mit denen von weiteren hausärztlichen Onkologen ein Versorgungsbereichswechsel verfolgt wurde (S 83 KA 203/21, 204/21, 206/21, 207/21 und 208/21), hat der Bekl. eine erneute Bedarfsprüfung durchgeführt. In seine dort getroffene neue Entscheidung v. 28.02.2023 hat er die Kl. nicht einbezogen. In den genannten Verfahren hat das SG den Bekl. am 27.09.2023 verurteilt, den dort begehrten Versorgungsbereichswechsel von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung zu genehmigen. Berufung hat der Bekl. in keinem dieser Fälle eingelegt. **SG Berlin**, Urt. v. 11.10.2023 - S 87 KA 27/22 - verpflichtete den Bekl., der Kl. eine Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Fachärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages mit der Maßgabe zu erteilen, dass nur Leistungen abrechnungsfähig sind, die im Zusammenhang mit der Behandlung hämatologischer und onkologischer Erkrankungen stehen. Auf die Berufung des Bekl. verpflichtete das **LSG** den Bekl., über den Antrag der Kl. auf Erteilung einer Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Fachärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

e) Auslastung der im Einzugsbereich befindlichen fachgleichen Praxen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.02.2025 - L 7 KA 1/24

RID 25-02-19

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 101

Leitsatz: 1. Der den Zulassungsgremien bei einer Entscheidung über einen Antrag auf **Sonderbedarfszulassung** eröffnete Beurteilungsspielraum setzt als Grundlage einen ausreichend **ermittelten Sachverhalt** voraus.

2. Die Zulassungsgremien haben ausgehend von dem Praxissitz der begehrten Sonderbedarfszulassung unter Berücksichtigung des ihnen zustehenden Beurteilungsspielraums zunächst den zu versorgenden **Einzugsbereich der Praxis** zu bestimmen und sodann für diesen Bereich die tatsächliche Versorgungslage systematisch und strukturiert zu ermitteln.

3. Die **Auslastung** der im Einzugsbereich befindlichen **fachgleichen Praxen** ist insbesondere auf Grundlage einer **Analyse der Patientenfallzahlen** zu ermitteln.

Die kl. Fachärztin für **Innere Medizin mit der Spezialisierung Hämatologie/Onkologie** ist seit Juli 2019 im Umfange eines hälftigen Versorgungsauftrages zugelassen. Sie ist Mitinhaberin einer BAG. Ab dem Jahr 2020 beantragten zum einen neben der Kl. (August 2020) mehrere im fachärztlichen Versorgungsbereich tätige Fachärzte für Innere Medizin mit der Spezialisierung Hämatologie/Onkologie, die über einen halben vertragsärztlichen Versorgungsauftrag verfügten, bei den Zulassungsgremien die Aufstockung auf einen vollen Versorgungsauftrag; zum anderen beantragten einige im hausärztlichen Versorgungsbereich tätige Fachärzte für Innere Medizin mit der Spezialisierung Hämatologie/Onkologie die Genehmigung ihres Wechsels in den fachärztlichen Versorgungsbereich. Letztere können als Hausärzte onkologische Leistungen auf Grundlage der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä) nur sehr eingeschränkt erbringen und abrechnen; seit Juli 2011 können Ärzte zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung nur neu zugelassen werden, wenn sie dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören (§ 3 Abs. 6 der Onkologie-Vereinbarung). Mit **bestandskräftigen Beschlüssen vom Januar 2021** genehmigte der Zulassungsausschuss die Anträge fünf anderer Ärzte auf **Versorgungsbereichswechsel** zum Juli 2021. Den **Antrag der Kl. v. 11.08.2020** lehnte der Zulassungsausschuss im Mai 2021 ab. **Die Dauerhaftigkeit eines Sonderbedarfs könne nicht erkannt werden, nachdem er bereits fünf Versorgungsbereichswechsel genehmigt habe.** Diese Versorgungsbereichswechsel stünden für sich und gehorchten anderen Regeln als eine Sonderbedarfszulassung, weshalb der Antrag der Kl. nicht in das dortige Verfahren habe einbezogen werden müssen. Der Widerspruch blieb erfolglos. Im Zuge mehrerer vor dem SG Berlin geführter Klageverfahren, mit denen von weiteren hausärztlichen Onkologen ein Versorgungsbereichswechsel verfolgt wurde (SG Berlin, Urt. v. 27.09.2023 - S 83 KA 203/21 - RID 23-04-20, S 83 KA 204/21, 206/21, 207/21 und 208/21), hat der Bekl. eine erneute Bedarfsprüfung durchgeführt. In seine dort getroffene **neue Entscheidung vom Februar 2023** hat er die Kl. des vorliegenden Verfahrens nicht einbezogen. In den genannten Verfahren hat das SG den Beklagten am 27.09.2023 verurteilt, den dort begehrten Versorgungsbereichswechsel von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung als Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie zu genehmigen. Berufung hat der Bekl. in keinem dieser

Fälle eingelegt. **SG Berlin**, Urt. v. 01.11.2023 - S 22 KA 4/22 - verpflichtete den Bekl., der Kl. eine Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Fachärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages mit der Maßgabe zu erteilen, dass nur Leistungen abrechnungsfähig sind, die im Zusammenhang mit der Behandlung hämatologischer und onkologischer Erkrankungen stehen. Das **LSG** verpflichtete auf die Berufung des Bekl. diesen, über den Antrag der Kl. auf Erteilung einer Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Fachärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Aus den Gründen:

„(...) 65 d) Unter Berücksichtigung der Aspekte oben a) bis c) wird der Beklagte den Antrag der Klägerin auf erweiternde Sonderbedarfszulassung individuell neu zu bescheiden haben. **Offen bleiben kann insoweit der vom Sozialgericht als entscheidungstragend herangezogene Aspekt, ob nämlich die zahlreichen Anträge auf Versorgungsbereichswechsel einerseits und die Anträge auf Erteilung von Sonderbedarfszulassungen andererseits in einem gemeinsamen Verwaltungsverfahren hätten beschieden werden müssen.** Maßgeblicher **Beurteilungszeitpunkt** für das Zulassungsbegehren der Klägerin ist nämlich **derjenige der mündlichen Verhandlung vor dem Senat**. Ganz allgemein sind für Anträge auf Sonderbedarfszulassung die Grundsätze über “Vornahmeklagen” anzuwenden. Danach sind alle Tatsachenänderungen bis zur mündlichen Verhandlung der letzten Tatsacheninstanz zu berücksichtigen, Rechtsänderungen sogar bis zum Abschluss der Revisionsinstanz (st. Rspr., siehe nur BSG, Urteil vom 28. Juni 2017, B 6 KA 28/16, zitiert nach juris, dort Rdnr. 18). Zum Zeitpunkt der Entscheidung des Senats kommt es auf die vom Sozialgericht aufgeworfene Frage schon deshalb nicht mehr an, weil die im Tatbestand erwähnten auf einen Wechsel vom hausärztlichen in den fachärztlichen Versorgungsbereich zielenden **Verwaltungsverfahren nunmehr bestandskräftig abgeschlossen und die Versorgungsbereichswechsel vollzogen sind**. Sie können damit nicht mehr rückgängig gemacht werden. Der Beklagte wird die Versorgungslage im Bereich der fachinternistischen Hämatologie/Onkologie im Zeitpunkt seiner Neuentscheidung auf der Basis einer zu ermittelnden aktuellen Sachlage zu beurteilen haben. (...)“

f) Psychotherapie: Sachverhaltsermittlung, Einzugsbereich u. Kostenerstattungsverfahren

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 04.12.2024 - L 7 KA 43/21

RID 25-02-20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 101

Leitsatz: 1. Der den Zulassungsgremien bei einer Entscheidung über einen Antrag auf **Sonderbedarfszulassung** eröffnete **Beurteilungsspielraum** setzt als Grundlage einen ausreichend ermittelten Sachverhalt voraus.

2. Die Zulassungsgremien haben ausgehend von dem Praxissitz der begehrten Sonderbedarfszulassung unter Berücksichtigung des ihnen zustehenden Beurteilungsspielraums zunächst den zu versorgenden **Einzugsbereich der Praxis** zu bestimmen und sodann für diesen Bereich die tatsächliche Versorgungslage systematisch und strukturiert zu ermitteln.

3. Die Zulassungsgremien haben der Tendenz, dass über sehr zahlreiche Bewilligungen von „**Kostenerstattungsverfahren**“ auf Seiten der psychologischen Psychotherapeuten gleichsam **Schattenzulassungen** entstehen, die sich jenseits des eigentlichen Systems der vertragspsychotherapeutischen Versorgung bewegen, entgegen zu wirken.

Der Kl. ist Psychologischer Psychotherapeut und verfügt über den Fachkundenachweis im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie. Er arbeitet seit April 2010 ohne eine Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung freiberuflich in eigener Praxis. Neben privatversicherten Patienten und Selbstzahlern behandelt er dort überwiegend gesetzlich Krankenversicherte im Kostenerstattungsverfahren. Im Quartal III/16 erhielt er zudem eine auf zwei Jahre befristete Ermächtigung zur Behandlung von traumatisierten Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz gemäß § 31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV. Im Dezember 2016 beantragte der Kl. erfolglos eine Sonderbedarfszulassung. **SG Berlin**, Urt. v. 10.11.2021 - S 87 KA 39/21 - verpflichtete den Bekl., über den Antrag auf Sonderbedarfszulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung am Praxissitz des Kl. im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Das **LSG** wies die Berufung des Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass der Bekl. die Rechtsauffassung des Senats zu berücksichtigen hat.

3. Nachbesetzung und Praxisfortführung: Chirurgische Praxis und Fachärztin für Orthopädie

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.02.2025 - L 7 KA 23/22

RID 25-02-21

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 IXb, 103 IIIa, IV

Leitsatz: 1. Auch bei der **Nachbesetzung** eines nach § 95 Abs. 9b SGB V umgewandelten Angestellten-Arztstitzes eines MVZ kommt es für die Beurteilung der grundsätzlichen Befähigung der Bewerber zur **Fortführung der vertragsärztlichen Versorgung** gemäß § 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V auf das Praxisprofil des konkret abzugebenden Vertragsarztstitzes an.

2. Ein vormalig von einem **Facharzt für Chirurgie** besetzter Vertragsarztstuhl kann mangels chirurgischer Qualifikation nicht von einer **Fachärztin für Orthopädie** fortgeführt werden.

3. Die Zulassungsgremien sind im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V an die **vorgeschaltete Entscheidung über die Durchführung der Nachbesetzung** gemäß § 103 Abs. 3a SGB V und damit auch an die Entscheidung, dass ein fortführungsfähiges Praxissubstrat vorhanden ist, gebunden.

Der Kl. ist Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Seit 2008 war er als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Schwerpunkt Manuelle Therapie/Chirotherapie, Sportmedizin, ambulante Operationen und Röntgen Versorgung zugelassen. Zum Quartal IV/20 gab er seine kassenärztliche Tätigkeit aus persönlichen Gründen auf und praktizierte an seinem Praxisstandort zunächst als Privatarzt weiter. Seit 2023 verfügt der Kl. wieder über eine hälftige Zulassung. Die Beigel. zu 7) ist eine BAG, welche aus den Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. B und Dr. M besteht. Sie betreibt u.a. eine Praxis für Orthopädie, Unfallchirurgie und Allgemeinmedizin. Der Beigel. zu 8) verfügte über einen hälftigen Angestellten-Arztstuhl der Arztgruppe Chirurgie/Orthopädie, welcher mit zwei Fachärzten für Chirurgie im Umfang von je 0,25 besetzt und sodann vakant war. Im März 2020 beantragte der Beigel. zu 8) die Umwandlung der genehmigten hälftigen Anstellung in eine hälftige Zulassung und deren entsprechende Ausschreibung. Der Zulassungsausschuss stimmte der Umwandlung zu. Er übertrug den hälftigen Vertragsarztstuhl an die Beigel. zu 7) zum Zwecke der Anstellung einer Ärztin und stimmte der Anstellung von Frau Dr. A, Fachärztin für Orthopädie, im Umfang von 13 Stunden in der Woche zu. Den Antrag des Kl. lehnte er ab. Der Widerspruch des Kl. blieb erfolglos. **SG Berlin**, Urt. v. 22.06.2022 - S 83 KA 80/21 - wies die Klage ab. Das **LSG** verpflichtete auf die Berufung des Kl. den Bkl., über die Bewerbung des Kl. im Nachbesetzungsverfahren zur Ausschreibung 294/07/20 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

4. Psychiatrische Institutsambulanz: Erreichbarkeit

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.01.2025 - L 7 KA 26/22

RID 25-02-22

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 118 IV

Leitsatz: 1. Eine **psychiatrische Institutsambulanz** (PIA) ist für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen regelmäßig zumutbar **erreichbar**, wenn die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln eine Stunde nicht überschreitet (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2022 - B 6 KA 3/21 R - SozR 4-2500 § 118 Nr. 3).

2. Bei der Prüfung, ob bestehende PIAs zumutbar erreichbar sind, kommt es auf die **Fahrzeit** zwischen den Wohnorten der potentiellen Patienten und den bestehenden PIAs an. Die Prüfung ist grundsätzlich nicht auf den Planungsbereich oder Landkreis, in dem die neue PIA eingerichtet werden soll, beschränkt.

3. Die Maßgabe, dass bestehende PIAs innerhalb von einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sind, schließt es nicht aus, dass im **Einzelfall** unter bestimmten Umständen auch **längere Wegezeiten** hinzunehmen sind. Dies gilt insbesondere für besonders dünn besiedelte Gebiete und Gemeinden mit einer besonders geringen Einwohnerzahl, sofern keine Anhaltspunkte für einen speziellen PIA-Behandlungsbedarf an diesen Orten vorliegen.

4. Bei der Bestimmung des **Wohnorts** der potentiellen Patienten im Rahmen der Berechnung der **Wegezeiten** zu bestehenden PIAs bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel können die Zulassungsgremien im Rahmen ihres Beurteilungsspielraums **typisierend** vorgehen. Nicht erforderlich ist insbesondere, als Ausgangspunkt des Weges auf denjenigen konkreten Ort innerhalb einer Gemeinde des Einzugsgebietes abzustellen, von dem aus eine bestehende PIA am schlechtesten erreichbar ist.

SG Potsdam, Urt. v. 20.07.2022 - S 1 KA 63/20 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte auf die Berufung der Kl. den Bkl., über den Antrag der Kl. auf Erteilung einer Ermächtigung für eine PIA-Außenstelle am Standort N unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

5. Streitwert in Zulassungssachen: Durchschnitt der Arztgruppe/Konkurrentenstreitverfahren

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 19.02.2025 - L 7 KA 34/23

RID 25-02-23

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 197a I 1; GKG §§ 40, 47 I, 52 I, 63 II, III

Bei der Festsetzung des **Streitwerts in Zulassungssachen** kann in der Regel pauschalierend auf die Werte abgestellt werden, die im **Gesamtbundesdurchschnitt** für die **Arztgruppe** ausgewiesen sind, welcher der betreffende Arzt angehört, und zwar auf die von der KBV vierteljährlich im Internet veröffentlichten Daten zur Entwicklung des Honorarumsatzes und des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Vom **Zeitpunkt** her sind aus Vereinfachungsgründen gemäß § 40 GKG die Verhältnisse zu Grunde zu legen, die bei **Einleitung des jeweiligen Rechtszuges** vorlagen; hilfsweise ist auf die **jeweils zeitnächsten verfügbaren Daten** abzustellen. Wird die Zulassung nur im Umfang eines Teils eines vollen Versorgungsauftrags begehrt, ist der Streitwert entsprechend zu reduzieren.

Es besteht kein Grund für eine Reduzierung des Streitwerts im Hinblick darauf, dass in **Konkurrentenstreitverfahren** regelmäßig nicht unmittelbar eine Zulassung, sondern nur eine neue Auswahlentscheidung durchgesetzt werden, wenn das Rechtsschutzbegehren des Kl. darauf gerichtet ist, aufgrund eines geltend gemachten Zulassungsanspruchs eine Zulassung zu erhalten.

Vorausgehend: **SG Berlin**, Beschl. v. 11.10.2023 - S 87 KA 24/22 -; das **LSG** setzte den Wert des Streitgegenstandes für das erstinstanzliche Verfahren auf 151.410 € und für das Berufungsverfahren auf 162.810 € fest.

V. Selektivvertrag/Amtsenthörung eines Vorstandsmitglieds

1. Wirksamkeit außerordentlicher Kündigung eines Selektivvertrages nach aufsichtsrechtl. Missbilligung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 20.11.2024 - L 1 KA 2/21

RID 25-02-24

www.juris.de

SGB V § 140a

Leitsatz: Zur Wirksamkeit einer **außerordentlichen Kündigung** eines **Selektivvertrages** gemäß § 140a SGB V nach **aufsichtsrechtlicher Missbilligung**.

Bereits im Juli 2015 schlossen die kl. KV und die bekl. Krankenkasse einen „Strukturvertrag nach § 73a SGB V“, in welchem teilnehmenden Ärzten mit Wirkung ab Juli 2015 eine zusätzliche „Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei [...] Dokumentation von Diagnosen aus“ einem Diagnosen-Katalog versprochen wurde. Diesen Vertrag haben die Vertragspartner zu Beginn des Jahres 2018 durch einen „Vertrag nach § 140a SGB V zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ (im Folgenden: „RV“ für Rahmenvertrag) ersetzt. Im März 2018 teilte die Beigel. (seinerzeit noch durch das Bundesversicherungsamt) der Bekl. mit, dass die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zu der Auffassung gelangt seien, dass für Leistungen in Selektivverträgen nur dann eine zusätzliche Vergütung vereinbart werden dürfe, wenn sie die Versorgungsziele und die zusätzlichen Leistungen konkret beschrieben und dem Arzt auch im Vergleich zur Regelversorgung ein zusätzlicher Aufwand entstehe. Die Höhe der Vergütung für eine vertragliche Leistung dürfe zudem nicht von der Anzahl der dokumentierten Diagnosen abhängig sein. Der im Schreiben in erster Linie angesprochene Vertrag gemäß § 140a SGB V mit der KV Nordrhein widerspreche der dargelegten Beschlussfassung, weshalb er unverzüglich außerordentlich zu kündigen sei. Um Vorlage des Kündigungsschreibens werde gebeten. Weiter hieß es: „Bitte verfahren Sie ebenso mit dem ähnlichen Vertrag in Mecklenburg-Vorpommern.“ Im April 2018 kündigte die Bekl. den RV aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung außerordentlich. Mit Abrechnung vom Dezember 2018 machte die Kl. eine Restzahlung in Höhe von 722.776,50 € für das Quartal II/18 geltend. Im Januar 2019 teilte die Bekl. mit, die Rechnung um 17.657 € gekürzt und einen Betrag in Höhe von 705.119,50 € angewiesen zu haben. Bei dem einbehaltenen Betrag handele es sich um die Vergütungsansprüche nach dem RV. **SG Schwerin**, Urt. v. 24.03.2021 - S 3 KA 7/19 - verurteilte die bekl., an die Kl. die noch ausstehende Vergütung in Höhe von 17.657,00 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Amtsenthebung eines Vorstandsmitglieds einer K(Z)V wegen Entscheidungen des Kollegialorgans

SG Berlin, Beschluss v. 15.04.2025 - S 22 KA 17/25 ER

RID 25-02-25

Beschwerde anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 7 KA 14/25 B ER -

www.juris.de

SGB V § 79 VI 1; SGB IV §§ 35a VII, 59 II, III; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Die **Amtsenthebung** eines einzelnen **Vorstandsmitglieds** einer K(Z)V wegen **Entscheidungen des Kollegialorgans** Vorstand ist in der Regel unsachlich und rechtswidrig.

Das **SG** stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs des Ast. gegen den Beschluss der Ag. v. 24.02.2025 (Bescheid v. 13.03.2025), mit dem der Ast. von seinem Amt als Vorstandsmitglied der Ag. entbunden wurde, wieder her.

Parallelverfahren:

SG Berlin, Beschluss v. 15.04.2025 - S 22 KA 77/24 ER

RID 25-02-26

www.juris.de

VI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Besetzung mit ehrenamtlichen Richtern/Zeitprofile und Weiterbildungsassistenten

BSG, Beschluss v. 11.12.2024 - B 6 KA 26/23 B

RID 25-02-27

SozR = www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 05.10.2023 - L 5 KA 9/22 - wird zurückgewiesen.

Ein Vertragsarzt ist nicht allein deshalb von der Mitwirkung als **ehrenamtlicher Richter** in einer Kammer bzw. einem Senat für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts ausgeschlossen, weil er der **Vertreterversammlung einer KV angehört**, die Beteiligte in den Verfahren vor dieser Kammer bzw. diesem Senat ist (vgl. bereits BSG, Urt. v. 28.05.1965 - 6 RKa 2/65 - BSGE 23, 105, juris Rn. 22 ff).

Den Anforderungen wird ein **Geschäftsverteilungsplan** bezogen auf die **Zuteilung der ehrenamtlichen Richter zu den Senaten** noch gerecht, wenn er bestimmt, „innerhalb der **Listen** jeweils diejenigen ehrenamtlichen Richterinnen und Richter heranzuziehen, die am längsten an einer Sitzung nicht teilgenommen haben“, wobei die Listen mit den Namen der ehrenamtlichen Richter nicht unmittelbar Inhalt des Geschäftsverteilungsplans sind, sondern **elektronisch als Excel-Listen** von der Gerichtsverwaltung geführt werden.

Der Umstand, dass die ehrenamtlichen Richter im Geschäftsverteilungsplan unter B III Satz 1 nicht namentlich bezeichnet werden, sondern dass insoweit auf **eine von der Gerichtsverwaltung geführte Excel-Datei Bezug genommen** wird, welche allein die Zugehörigkeit zum jeweiligen Kreis der ehrenamtlichen Richter festlegt, erscheint jedoch unter dem **Gesichtspunkt der Transparenz problematisch**, da Dritte sich nicht ohne Weiteres Kenntnis von der vorschriftsgemäßen Zusammensetzung des erkennenden Spruchkörpers verschaffen können. Die Umsetzung der aus § 6 SGG i.V.m. § 21e Abs. 9 GVG folgenden Vorgabe, nach der der Geschäftsverteilungsplan des Gerichts in der von dem Präsidenten oder aufsichtsführenden Richter bestimmten Geschäftsstelle des Gerichts zur Einsichtnahme aufzulegen ist, wird durch die Bezugnahme auf eine von der Gerichtsverwaltung allein elektronisch geführte Liste jedenfalls erschwert. Der Senat geht deshalb davon aus, dass ein nach § 21e Abs. 9 GVG in der Geschäftsstelle **in gedruckter Form** aufgelegter Geschäftsverteilungsplan zusammen mit der Liste der ehrenamtlichen Richter in gedruckter Form vorzuliegen hat, weil nur so das mit der Auflegung verfolgte Ziel der Transparenz erreicht werden kann.

Ein **Verstoß gegen die Offenlegungspflicht** macht den Geschäftsverteilungsplan indes nur fehlerhaft und **nicht unwirksam** und die nach den Regeln eines solchen fehlerhaften Geschäftsverteilungsplans vorgenommene Besetzung verletzt auch nicht die Garantie des gesetzlichen Richters aus Art. 101 Abs. 1 S. 2 GG. Dem Kl. ist zuzugeben, dass die Umsetzung der Vorgaben aus dem Geschäftsverteilungsplan unter Zuhilfenahme eines Karteikastens weniger Schutz vor manipulativen Veränderungen bietet als die Festlegung der Reihenfolge der Heranziehung in einer vom Präsidium beschlossenen Liste. Der Gefahr der Manipulation trägt das LSG jedoch insofern Rechnung, als es den Zugriff auf den - in einem verschlossenen Schrank aufbewahrten - Karteikasten auf die zuständige Sachbearbeiterin und ihre Vertreterin beschränkt. Die zutreffende Handhabung des Karteikastens kann insofern kontrolliert und

nachvollzogen werden, als auf den Aushängen zu den Sitzungen Zu- und Absagen von ehrenamtlichen Richtern sowie evtl. erforderlich gewordene Nachladungen handschriftlich dokumentiert und archiviert werden.

Von **Weiterbildungsassistenten** kann in der Regel nicht erwartet werden, dass sie bei gleichem Tätigkeitsumfang die gleiche Menge von Leistungen wie ausgebildete und erfahrene Fachärzte erbringen. Zudem obliegt dem Vertragsarzt, der die Weiterbildung durchführt, die Anleitung und Beaufsichtigung des Weiterbildungsassistenten. Dies ist Voraussetzung dafür, dass die Leistung dem weiterbildenden Vertragsarzt als eigene Leistung zugerechnet und damit überhaupt von diesem abgerechnet werden kann. Eine den Anforderungen entsprechende Wahrnehmung dieser Aufgaben nimmt die Arbeitszeit des Vertragsarztes in nicht geringem Maße in Anspruch. Vor diesem Hintergrund bestimmt § 32 Abs. 3 S. 1 Ärzte-ZV, dass die Beschäftigung eines Assistenten nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen darf. Es ist geklärt, dass im Regelfall ein **Fallzahlzuwachs von bis zu 25 %** durch die Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten akzeptiert werden kann. Die vom Kl. geforderte volle Berücksichtigung genehmigter Weiterbildungsassistenten entsprechend des arbeitsvertraglich vereinbarten Umfangs der Beschäftigung im Rahmen der Plausibilitätsprüfung wäre damit nicht zu vereinbaren.

Voraussetzung für die Weiterbeschäftigung von Weiterbildungsassistenten, die ihre **Weiterbildung bereits abgeschlossen haben** und denen die Anerkennung als Facharzt bereits erteilt worden ist, ist, dass sie einen **Antrag auf Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung** gestellt haben, über den noch nicht (bestandskräftig) entschieden worden ist. Ferner hat der Senat bereits entschieden, dass allein die Genehmigung des Weiterbildungsassistenten einer Honorarkürzung für den Fall einer mit § 32 Abs. 3 S. 1 Ärzte-ZV unvereinbaren Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs nicht entgegensteht (BSG Urt. v. 28.09.2005 - B 6 KA 14/04 R - SozR 4-5520 § 32 Nr. 2 Rn. 15).

Der Kl. ist als Facharzt für Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung seiner Honorarabrechnung ergaben sich u.a. für die Quartale III/15 bis III/18 Überschreitungen sowohl bezogen auf die Tages- als auch die Quartalsprofilzeiten, die die Bekl. veranlassten, das Honorar für diese Quartale um insgesamt 242.766,14 € zu kürzen. Widerspruch, Klage und Berufung des Kl. waren - soweit sie sich auf die genannten Quartale bezogen - ohne Erfolg.

2. Pflicht zur Anbindung an Telematikinfrastruktur

BSG, Urteil v. 06.03.2024 - B 6 KA 23/22 R

RID 25-02-28

SozR 4-2500 § 291 Nr. 4 = GesR 2024, 657 = NZS 2024, 941 = ZD 2025, 112

Leitsatz: 1. Die gesetzlichen Regelungen im Quartal 1/2019 der Pflicht zur Durchführung des Versichertenstammdatenabgleichs und zur Anbindung von Vertrags(zahn)ärzten und Einrichtungen an die **Telematikinfrastruktur** widersprechen nicht den Vorgaben der **Datenschutz-Grundverordnung**.
2. Die **Honorarkürzung** der vertragsärztlichen Leistungen um ein Prozent im Quartal 1/2019 wegen unterbliebener Durchführung des Versichertenstammdatenabgleichs verletzt nicht die **Berufsausübungsfreiheit**.

3. Finanzielle Förderung der Weiterbildung: Rechte des anstellenden Arztes

BSG, Beschluss v. 06.02.2025 - B 6 KA 3/24 BH

RID 25-02-29

www.juris.de

Der Antrag des Kl., ihm für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in LSG Hessen, Urt. v. 17.07.2024 - L 4 KA 55/22 - Prozesskostenhilfe unter Beiordnung eines Rechtsanwalts zu bewilligen, wird abgelehnt.

Es ist in der Senatsrspr. geklärt, dass die **Anstellungsmöglichkeit** nicht als Recht des anzustellenden Arztes, sondern als **ausschließliches Recht des zugelassenen Praxisinhabers** (bzw. MVZ) ausgestaltet ist. Adressat der Anstellungsgenehmigung ist der Vertragsarzt, der durch diese zur Anstellung eines Arztes in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis berechtigt wird - nicht der angestellte Arzt. Aus diesem Grund ist der anzustellende oder bereits angestellte Arzt in einem Rechtsstreit über die Anstellungsgenehmigung auch nicht notwendig beizuladen. Nichts anderes gilt für die Beschäftigung von Assistenten bzw. Vertretern nach § 32 Ärzte-ZV.

Dass die **Gewährung einer finanziellen Förderung der Weiterbildung** (vgl. § 75a SGB V) allein Rechte des anstellenden Arztes (bzw. der BAG oder des MVZ) betrifft, folgt bereits eindeutig aus den maßgeblichen Rechtsvorschriften.

Der 1956 geb. Kl. ist Facharzt für Herzchirurgie. Herr M, ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Facharzt für Innere Medizin, stellte einen Antrag auf Beschäftigung des Kl. als Arzt in Weiterbildung auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin. Die Bekl. entsprach diesem Antrag für die Zeit vom 08.04.2020 bis 31.03.2021. Den Antrag auf Gewährung der finanziellen Förderung der Weiterbildung lehnte sie ab. Der Kläger erhielt eine Kopie des Bescheides per Email zur Kenntnis. Seinen Widerspruch wies die Beklagte als unzulässig zurück. **SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 08.04.2022 - S 12 KA 227/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Differenzbetragsregelung nicht für unzulässige Verordnungen

BSG, Urteil v. 05.06.2024 - B 6 KA 10/23 R

RID 25-02-30

BSGE = SozR 4-2500 § 106b Nr. 1 = GesR 2024, 666 = KrV 2024, 191 = ZMGR 2024, 257

Leitsatz: Die **Begrenzung** der Nachforderung gegenüber Ärzten wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise auf die **Differenz der Kosten** zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlichen Verordnung gilt **nicht für unzulässige Verordnungen**.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 05.06.2024 - B 6 KA 5/23 R

RID 25-02-31

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

5. Auswahlentscheidung nach teilweiser Entsperrung: Verzicht und Erledigung

BSG, Urteil v. 11.12.2024 - B 6 KA 11/23 R

RID 25-02-32

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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, gilt auch im Falle eines **Zulassungsverfahrens nach teilweiser Entsperrung** des Planungsbereichs (vgl. BSG v. 15.07.2015 - B 6 KA 31/14 R - juris Rn. 11 ff. - SozR 4-1500 § 131 Nr. 9).

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

a) Selektive Immunabsorption (IgG-Apherese)

SG Düsseldorf, Urteil v. 15.02.2024 - S 8 KR 1316/23

RID 25-02-33

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 11, 13 III, 27

Der Umstand, dass eine 1996 geb. Versicherte aufgrund ihrer Erkrankung an **einer Myalgischen Enzephalomyelitis und einem Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS)** die medizinischen Voraussetzungen für die Feststellung des Pflegegrads 2 und der Schwerbehindertenfeststellungen GdB 100, G, B, aG erfüllt, macht deutlich, dass zumindest eine **wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung** i.S. des § 2 Abs. 1a SGB V vorliegt.

Mit einer **Apherese-Therapie** zur Entfernung der Autoimmunantikörper der Klasse IgG ist bei dem genannten Krankheitsbild eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verbunden.

Die Beteiligten streiten über die Kostenerstattung für eine durchgeführte selektive Immunabsorption (IgG-Apherese). Das **SG** verurteilte die Bekl., den angefochtenen Bescheid abzuändern und an die Kl. 34.335,85 € zu zahlen.

b) Extrakorporale Lipidapherese

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 17.02.2025 - L 10 KR 695/24 B ER

RID 25-02-34

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27 I 1; SGG § 86b II

Soweit die **Apherese-Kommission der KV** das Vorliegen einer Indikation nach § 3 der Anl. I MVV-RL und damit die Durchführung der Apheresen beim Ast. bejaht hat, so dass die erforderliche Genehmigung nach § 2 der Anl. I MVV-RL vorliegt, kommt deren Votum nach BSG, Urt. v. 16.05.2024 - B 1 KR 40/22 R - BSGE = SozR 4-2500 § 27 Nr. 33, juris Rn. 14 keine Bindungswirkung zu.

Fehlt es an einer **Ultima-ratio-Situation** i.S.v. § 1 Abs. 2 der Anl. I MVV-RL, besteht kein Anspruch auf die Durchführung einer extrakorporalen Lipidapherese.

SG Münster, Beschl. v. 11.10.2024 - S 27 KR 437/24 ER - juris verpflichtete die Bekl. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. bis zur bestands- bzw. rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, längstens jedoch bis zum 10.05.2025, vorläufig und unter dem Vorbehalt der Rückforderung der Kosten, die begehrte Lipidapherese zu gewähren. Das **LSG** wies den Antrag auf Kostenübernahme der regelmäßigen extrakorporalen Lipid-Apherese-Therapie im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes ab.

c) Mamillenpigmentierung

aa) Kein notwendiger Bestandteil einer Brustwarzenrekonstruktion

LSG Bayern, Urteil v. 24.05.2025 - L 5 KR 193/22

RID 25-02-35

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13, 27

Leitsatz: Eine **Mamillenpigmentierung** ist nicht notwendiger Bestandteil einer **Brustwarzenrekonstruktion**.

SG München, Urt. v. 17.03.2022 - S 15 KR 927/21 - RID 22-02-50 verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.208,38 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klag ab.

bb) Neue Behandlungsmethode ohne Empfehlungen des GBA

SG Darmstadt, Beschluss v. 07.04.2025 - S 8 KR 468/24

RID 25-02-36

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I, 92, 135

Leitsatz: 1. Eine ambulant durchzuführende **Mamillenpigmentierung** gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Es handelt sich um eine **neue Behandlungsmethode**, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Empfehlungen gegeben hat.

2. Es liegt **kein Systemversagen** vor, wenn eine Behandlungsmethode im stationären Bereich erlaubt ist, während sie im ambulanten Bereich verboten ist.

Das **SG** lehnte den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe ab.

d) Behandlung einer Analfistel nach der ayurvedischen Ksharsutra-Methode

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 24.02.2025 - L 9 KR 168/24

RID 25-02-37

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 IV, 27, 135 I 1; SGB X § 44 I 1

Das Leistungsrecht der GKV sieht keinen Anspruch auf eine Behandlung einer **Analfistel** nach der **Ksharsutra-Methode** vor. Bei der Ksharsutra-Methode handelt es sich um eine **neue Untersuchung- und Behandlungsmethode**. Die Ksharsutra-Methode ist bislang nicht als abrechnungsfähige Leistung im EBM enthalten. Die erforderliche positive Empfehlung des GBA liegt nicht vor.

SG Berlin, Urt. v. 26.04.2024 - S 81 KR 2262/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Versorgung mit hochdosierten Immunglobulinen (IgG-Substitution)

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 19.03.2025 - L 4 KR 20/25 B ER

RID 25-02-38

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 2 Ia; SGG § 86b II

Ein Versicherter hat einen Anspruch aus § 2 Abs. 1a SGB V auf fortgesetzte Versorgung mit einer hochdosierten **Immunglobulin-Therapie** (s. bereits den vorausgegangenen Beschl. v. 14.02.2024 - L 4 KR 507/23 B ER), wenn nach Behandler-Angaben erhebliche Anhaltspunkte für die positive Wirkung der durchgeführten Zyklen sprechen. Zudem hat eine weitere Recherche eine Bestätigung der Mindestevidenz für IVIG-Therapien bei **Chronic Fatigue Syndrom** ergeben.

SG Hannover, Beschl. v. 03.01.2025 - S 2 KR 923/24 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab. Das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. mit einem weiteren Therapieversuch mit einer IgG-Substitution von 6 Zyklen zu versorgen, und wies im Übrigen die Beschwerde des Ast. zurück.

3. Zahnärztliche Behandlung

a) Erhöhung des Festzuschusses: Unterbrechung der jährlichen Untersuchung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 06.02.2025 - L 5 KR 141/24

RID 25-02-39

Revision anhängig: B 1 KR 8/25 R

www.juris.de

SGB V § 55 I 4 u. 7

Aufgrund der Änderungen des § 55 SGB V durch das TSVG mit Wirkung ab 01.10.2020 kann die Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen und - wie hier - bei regelmäßiger Zahnpflege den **Festzuschuss** auch dann auf **75 v.H.** erhöhen, wenn der Versicherte in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die nach § 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 SGB V **erforderliche jährliche zahnärztliche Untersuchung** „nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat“ (§ 55 Abs. 1 S. 7 SGB V). Das gilt nach dem eindeutigen Gesetzeswortlaut selbst dann, wenn die einmalige Unterbrechung in dem Fünf-Jahres-Zeitraum von § 55 Abs. 1 S. 4 SGB V liegt.

SG Koblenz, Urt. v. 23.05.2024 - S 1 KR 620/22 - verpflichtete die Bekl., den Kl. wegen der beantragten Bewilligung eines Zuschusses zu einer zahnärztlichen Versorgung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Höhe des Festzuschusses: Zwei Unterbrechungen der jährlichen Kontrollen

SG Duisburg, Urteil v. 10.04.2025 - S 39 KR 830/24

RID 25-02-40

www.juris.de

SGB V § 55 I

Zwei Unterbrechungen der jährlichen Kontrollen können für die Höhe des Festzuschusses aufgrund von Ausnahmeregelungen unschädlich sein. Die Erhöhung der Festzuschüsse entfällt nicht aufgrund einer Nichtinanspruchnahme der Untersuchungen im Kalenderjahr 2020 (§ 55 Abs. 1 S. 6 SGB V). Diese Nichtinanspruchnahme ist für die Anwendung des § 55 Abs. 1 S. 7 SGB V nicht zu berücksichtigen. Die Anwendung des Satz 7 ist somit möglich, wenn zwei Jahre hintereinander - 2020 und 2021 - die zahnärztliche Kontrolle nicht durchgeführt wurde.

Satz 5 und Satz 7 des § 55 Abs. 1 SGB V sind nicht nur anwendbar, wenn bereits die Voraussetzungen für die **Erhöhung des Festzuschusses auf 70 Prozent** nach Satz 3 und 4 vorliegen (so auch SG Duisburg, Urt. v. 17.10.2024 - S 9 KR 1620/23 -). Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des Satz 7, der Systematik des Absatzes 1 und dem Zweck der Regelung sowie der Gesetzesbegründung.

Das **SG** änderte den angefochtenen Bescheid dahingehend ab, dass dem Kl. ein Festzuschuss in Höhe von 75 % gewährt wird.

II. Stationäre Behandlung

1. Überschüssige Haut nach Magenbypassoperation

a) Mammareduktionsplastik

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.01.2025 - L 4 KR 3281/22

RID 25-02-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I, 39 I

Eine nach einer **Magenbypass-Anlage** im Jahr 2017 und einem **Gewichtsverlust** von 85 kg bestehende **Ptois (Hängebrust)** beidseits begründet keinen Anspruch auf eine **Mammareduktionsplastik** mit operativer Entfernung der überschüssigen Haut, wenn diese zu keiner Beeinträchtigung von Körperfunktionen, keiner orthopädischen und keiner therapieresistenten dermatologischen Erkrankung führt und keine entstellende Wirkung entfaltet. Auch eine psychische Belastung aufgrund des Erscheinungsbildes der Brüste rechtfertigt keinen operativen Eingriff. Eine behandlungsbedürftige Funktionsstörung kann schließlich auch nicht aus dem Umstand hergeleitet werden, dass sich die Erschlaffung des Hautweichteilmantels und der Hautgewebeüberschuss als notwendige Folge der im Jahr 2017 durchgeführten Magenverkleinerung erweist, ebenso wenig kann der geltend gemachte Anspruch aus der „S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolische Erkrankungen“ hergeleitet werden.

SG Karlsruhe, Gerichtsb. v. 17.10.2022 - S 5 KR 1314/22 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Entfernung der überschüssigen Hautlappen aus dermatologischen Gründen

SG Köln, Urteil v. 14.06.2023 - S 17 KR 1688/24

RID 25-02-42

www.juris.de

SGB V § 27 I

Die **überschüssige Haut** nach einer Magenbypassoperation und dauerhaften Gewichtsreduktion um 70 kg stellt für sich genommen keinen krankhaften Befund bzw. regelwidrigen Körperzustand dar.

Eine **Entfernung** der überschüssigen Hautlappen aus **dermatologischen Gründen** kommt nur in Betracht, wenn durch den Hautüberschuss ständige Hautreizungen wie Pilzbefall, Sekretionen oder entzündliche Veränderungen auftreten, die sich als dauerhaft therapieresistent erweisen.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Mammareduktionsplastik: Ausreichen ambulanter Behandlungsmaßnahmen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.10.2024 - L 11 KR 808/20

RID 25-02-43

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I, 39 I

Eine **Mammareduktionsplastik** ist in der Form einer stationären Krankenhausbehandlung nicht i.S. von § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V geeignet, bestehende krankheitswertige Schmerzen in allen drei Bereichen der Wirbelsäule, die mit Bandscheiben- und Zwischenwirbeldegenerationen, einer Seitenausbiegung im Bereich der Brustwirbelsäule und einer Kyphose einhergehen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, wenn zur Erreichung dieser Krankheitsziele **ambulante Behandlungsmaßnahmen ausreichen**, was einen Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung gem. § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V ausschließt.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 29.10.2020 - S 11 KR 734/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Brust-Reimplantate und Kostenbeteiligung an Implantatentfernung und Behandlung der Kapselfibrose

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.07.2024 - L 16 KR 725/22

RID 25-02-44

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27 I

Eine als **Krankheit** anzusehende **Entstellung** in eng begrenzten Ausnahmefällen kann auch an üblicherweise von Kleidung bedeckten Körperstellen möglich sein. Im Bereich der - wie hier - regelmäßig durch Kleidungsstücke verdeckten Bereiche des Körpers müssen die Auffälligkeiten besonders schwerwiegend sein (vgl. BSG, Urt. v. 10.03.2022 - B 1 KR 3/21 R - BSGE 134, 13 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 31, juris Rn. 18). Eine derartige Ausprägung der verminderten Brustanlage der Kl. nach Entnahme der ursprünglichen Implantate ist ausweislich der aktenkundigen Fotodokumentation zum Zustand der Kl. vor der im Jahr 2007 erfolgten Mamma-Augmentation nicht ersichtlich und wird von der Kl. auch nicht geltend gemacht.

Ein **Gleichheitsverstoß** im Vergleich zum psychischen Leidensdruck bei Transsexuellen liegt nicht vor. Es fehlt bereits an der Vergleichbarkeit der betreffenden Gruppen als Anknüpfungspunkt für die Prüfung einer am Maßstab des Art. 3 Abs. 1 GG zu messenden Ungleichbehandlung.

SG Köln, Gerichtsb. v. 02.09.2022 - S 12 KR 949/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Geschlechtsangleichende Operationen

SG Koblenz, Urteil v. 18.11.2024 - S 11 KR 335/23

RID 25-02-45

www.juris.de

SGB V § 27 I

Leitsatz: 1. Nach der neueren Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 19.10.2023 - B 1 KR 16/22 R - BSGE 137, 69 = SozR 4-2500 § 135 Nr. 32) gibt es derzeit keine eigenständige **Rechtsgrundlage** für die Versorgung mit **geschlechtsangleichenden Operationen** durch die gesetzlichen Krankenkassen.

2. Hat ein unter dem Transsexuellengesetz begonnener **Transitionsprozess** beim Versicherten bereits zu irreversiblen körperlichen Veränderungen geführt, besteht nach den Grundsätzen des **Vertrauensschutzes** ein Anspruch auf weitergehende geschlechtsangleichende Behandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen.

3. Eine **psychotherapeutische Behandlung** zum Nachweis einer gefestigten Geschlechtsidentität ist nicht notwendig, wenn bereits eine Personenstandsänderung durchgeführt und der Versicherte im Gerichtsverfahren nach dem Transsexuellengesetz begutachtet wurde.

4. Im Einzelfall kann auch eine **Entstellung** vorliegen, wenn nach dem Transitionsprozess das Vorhandensein einer weiblichen Brust nicht mehr zum inzwischen deutlich männlichen Erscheinungsbild passt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit der beantragten Mastektomie beidseits, Hysterektomie und Ovariectomie zu versorgen.

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. Ganzkörper-Kältetherapie in Österreich

SG Konstanz, Gerichtsbescheid v. 20.03.2024 - S 2 KR 634/23

RID 25-02-46

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 IV

Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung für eine **Kältebehandlung in Österreich**, wenn der in Anspruch genommene **Leistungserbringer** nicht zu denen gehört, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Liposuktion: Möglichkeit ambulanter Behandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.06.2023 - L 10 KR 162/22

RID 25-02-47

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39 I

Es besteht kein Anspruch auf **stationäre Liposuktionen**, wenn **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** nach § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V nicht besteht, weil die Liposuktionen auch **ambulant** durchgeführt werden könnten.

SG Köln, Urt. v. 13.01.2022 - S 31 KR 683/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 12.02.2025 - B 1 KR 65/23 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

3. Kein vertragsärztlicher Leistungserbringer: Upright-MRT

SG Heilbronn, Urteil v. 12.02.2025 - S 11 KR 435/24

RID 25-02-48

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III 1, 27 I 1, 87 I

Leitsatz: Wenn die **Krankenkasse** eine nach EBM-Ä abrechenbare Leistung (hier: Upright-MRT) nicht bei einem **vertragsärztlichen Leistungserbringer** zur Verfügung stellen kann und hierfür auch keinen vertraglichen Leistungserbringer benennen kann, da die vertraglichen Praxen nicht über eine für die Leistung notwendige Geräteausstattung verfügen, kann sich der Versicherte diese Leistung auf Kosten der Krankenkasse in einer **Privatpraxis ohne Kassenzulassung** verschaffen, da dann ein Fall des Systemversagens nach § 13 Abs. 3 SGB V vorliegt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für 2 Upright-MRT Untersuchungen in Höhe von insgesamt 1.869,92 € zu erstatten.

4. Keine Erstattung der Arzneimittelkosten aufgrund privatärztlicher Verordnungen

LSG Hessen, Urteil v. 22.08.2024 - L 1 KR 112/23

RID 25-02-49

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 31 I

Es besteht nach der zutreffenden Ansicht der Vorinstanz kein Anspruch auf Erstattung aufgrund **privatärztlicher Verordnungen** erworbener **Arzneimittel**, Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminpräparate, homöopathischen Mittel u.a., wenn sich ein Versicherter ausschließlich in einer **Privatarztpraxis** behandeln lässt, auch wenn der Arzt grundsätzlich über eine **Kassenzulassung** verfügt. Der Arzt handelt somit nicht als zugelassener Leistungserbringer im Sinne von § 76 Abs. 1 SGB V, die Versicherte in Anspruch nehmen dürfen.

SG Gießen, Gerichtsbb. v. 13.03.2023 - S 7 KR 344/22 - verpflichtete die Bekl., den Antrag des Kl. v. 24.04.2022 auf Kostenersatzung bezüglich der Dauerverordnungen von Dres. K./R. v. 31.01.2020/15.01.2018 und der Verordnung von Dr. K. v. 18.08.2020 zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** hob auf die Berufung der Bekl. den Gerichtsbb. insoweit auf, als er der Klage stattgegeben hatte und wies die Klage auch insoweit ab; die Berufung des Kl. wies es zurück. **BSG**, Beschl. v. 28.03.2025 - B 1 KR 64/24 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

Parallelverfahren:

LSG Hessen, Urteil v. 25.07.2024 - L 1 KR 126/22

RID 25-02-50

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

5. Kein Behandlungsvertrag mit Leistungserbringer bei grenzüberschreitender Leistung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.03.2025 - L 28 KR 148/23

RID 25-02-51

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IV

Leitsatz: 1. Voraussetzung eines **Kostenerstattungsanspruchs** für eine ambulante **Vorsorgemaßnahme bei grenzüberschreitender Leistungserbringung** ist das Vorliegen eines **Behandlungsvertrages** mit dem berechtigten Leistungserbringer.

2. § 13 Abs. 4 SGB V dispensiert nur von der Notwendigkeit, eine Genehmigung allein wegen der Inanspruchnahme der Leistung in einem anderen EU-Mitgliedstaat in Anspruch nehmen zu müssen. Unberührt bleiben die für den Leistungsanspruch bestehenden materiell-rechtlichen und sonstigen **Leistungsvoraussetzungen** im Übrigen. Es spricht viel dafür, dass auch bei einer grenzüberschreitenden Leistungserbringung nach § 13 Abs. 4 SGB V der sog. **Beschaffungsweg** eingehalten werden muss.

SG Frankfurt (Oder), Urt. v. 07.03.2023 - S 27 KR 126/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

1. Festbetrag/ Exforge® (Wirkstoff: Amlodipin und Valsartan): Verweis auf Generika

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 15.07.2024 - S 23 KR 4264/23

RID 25-02-52

www.juris.de

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, II

Leitsatz: Zum Anspruch auf die Versorgung mit dem Arzneimittel **Exforge® 5mg/160mg** ohne Begrenzung auf den **Festbetrag** (vorliegend verneint).

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Cannabis-Verordnung

a) Vorhandene Standardtherapie/Erfordernis einer begründeten Einschätzung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.09.2024 - L 10 KR 606/23

RID 25-02-53

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Teilt der behandelnde Neurologe mit, dass eine dem **medizinischen Standard entsprechende Therapie** der Migräne (Prophylaxe mit Anjovy und Bedarfsarznei in der Attacke mit Sumatriptin) und der Depression (Duloxetine) erfolge und es unter dieser Behandlung „schon zu einer Verbesserung der Symptomatik gekommen [sei]“, es solle allerdings „nun die zusätzliche [!] Behandlung mit Cannabinoiden“ versucht werden, so steht eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung.

Das Vorbringen, wonach der behandelnde Arzt sich aufgrund des damit verbundenen Aufwands außerstande sehe, eine begründete Einschätzung nach § 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 1 Buchst. b SGB V zu erstellen, rechtfertigt keine Abweichung vom **Erfordernis einer begründeten Einschätzung**.

SG Köln, Gerichtsb. v. 14.06.2023 - S 36 KR 741/22 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Vorhandene Behandlungsmöglichkeiten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 29.01.2024 - L 4 KR 2613/21

RID 25-02-54

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Die Genehmigung einer **Cannabis-Verordnung** setzt voraus, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung entweder nicht zur Verfügung steht (§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1a SGB V) oder im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes nicht zur Anwendung kommen kann (§ 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V) (hier verneint für die Behandlung der **chronischen Schmerzsymptomatik**, des **Restless-legs-Syndrom** und des Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit dem Behandlungsziel der Linderung von Schmerzsymptomatik und Unruhe).

SG Konstanz, Gerichtsb. v. 22.07.2021 - S 5 KR 1828/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Benennung der tatsächlich versuchten pharmakologischen Maßnahmen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.01.2025 - L 4 KR 3545/22

RID 25-02-55

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Für die Beurteilung des Vorhandenseins einer dem **medizinischen Standard entsprechenden Leistung** ist auf die Grundsätze zur evidenzbasierten Medizin abzustellen. Eine Standardtherapie steht 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 (BSG, Urt. v. 10.11.2022 - B 1 KR 21/21 R - SozR 4-1500 § 153 Nr. 19, juris Rn. 28 m.w.N.; zuletzt BSG, Urt. v. 20.03.2024 - B 1 KR 24/22 R - GesR 2024, 635, juris Rn. 14). Weiter

ist zu beachten, ob aufgrund individueller Umstände der Eintritt konkret zu erwartender Nebenwirkungen aufgezeigt wird, die aufgrund einer individuellen Abschätzung als unzumutbar anzusehen sind.

Standardtherapien zur Behandlung einer **Depression** stehen tatsächlich zur Verfügung. Ohne konkrete **Benennung der tatsächlich versuchten pharmakologischen Maßnahmen** ist nicht festzustellen, ob sämtliche in Frage kommenden Standardtherapien auch tatsächlich eingesetzt wurden und ohne Erfolg geblieben sind.

SG Ulm, Gerichtsb. v. 16.11.2022 - S 13 KR 946/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Wegfall des Erfordernisses einer vorherigen Genehmigung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.03.2025 - L 5 KR 1703/23

RID 25-02-56

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Leitsatz: 1. Die Voraussetzungen für einen Anspruch eines Versicherten auf Medizinal-Cannabis nach § 31 Abs. 6 S. 1 SGB V bleiben vom **Wegfall des Erfordernisses einer vorherigen Genehmigung** der vertragsärztlichen Verordnung (§ 45 Abs. 3 der Arzneimittel-Richtlinie) unberührt.

2. Die von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgestellten Kriterien für eine **begründete Einschätzung** des behandelnden Vertragsarztes (vgl. BSG, Ur. v. 20.03.2024 - B 1 KR 24/22 R - GesR 2024, 635 = juris) sind durch das zum 01.04.2024 in Kraft getretene Cannabisgesetz (CanG) nicht überholt.

SG Mannheim, Ur. v. 20.03.2023 - S 10 KR 1620/21 - verurteilte die Bekl., die Kosten für die Arzneimittelversorgung mit Medizinalcannabis seit Antragstellung zu übernehmen und für die Zukunft die Arzneimittelversorgung mit Medizinalcannabis als Sachleistung zu gewähren. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Abmagerungsmittel (Arzneimittel „Saxenda“)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.07.2024 - L 11 KR 3067/23

RID 25-02-57

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 34 I 7 bis 9

Der **Ausschluss der Abmagerungsmittel** von der Versorgung durch den **GBA** wie das insoweit ausdrücklich aufgeführte **Arzneimittel „Saxenda“** (vgl. Anlage II AMR) beruht auf der fachmedizinisch fundierten Erwägung, dass es sich bei diesen um Arzneimittel handelt, bei deren Anwendung eine **Erhöhung der Lebensqualität** im Vordergrund steht, weil ihr Einsatz im Wesentlichen durch die private Lebensführung bedingt ist und sie auf Grund ihrer Zweckbestimmung insb. nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen. Hierbei ist nicht auf den konkreten Behandlungsfall, sondern auf die generellen Einsatzmöglichkeiten der entsprechenden Präparate abzustellen, so dass § 34 Abs. 1 S. 7 bis 9 SGB V vorliegend anwendbar ist.

SG Mannheim, Gerichtsb. v. 12.10.2023 - S 4 KR 386/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

V. Hilfsmittel

1. Handbike mit Motorunterstützung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.01.2025 - L 1 KR 231/23

RID 25-02-58

www.juris.de

SGB V § 33 I

Besteht bei einem Versicherten eine Unfähigkeit zum Anwinkeln des Rollstuhls ohne vorgesetztes Handbike bei gleichzeitig durch die Schulterbeschwerden gegebener Erforderlichkeit der Motorunterstützung, so ist er mit einem **Handbike mit Motorunterstützung** zu versorgen, da er dieses bereits für die **Bewältigung von alltäglichen Geschäften im Nahbereich** benötigt und hierfür ein Aktivrollstuhl nicht ausreichend ist.

SG Berlin, Ur. v. 25.05.2023 - S 61 KR 1236/18 - verurteilte die Bekl. zur Erstattung von zuletzt noch beantragten Kosten von 6.331,57 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. Therapiedreirad

SG Darmstadt, Urteil v. 12.03.2025 - S 25 KR 51/23

RID 25-02-59

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: Der Versorgung einer gehbehinderten Person mit einem **Therapiedreirad** steht es nicht entgegen, dass mit dem Hilfsmittel **längere Strecken** zurückgelegt werden können, als sie ein gesunder Mensch üblicherweise zu Fuß zurücklegt.

Der Versorgung mit einem Therapiedreirad steht es nicht entgegen, wenn **das Entstehen gefährlicher Situationen** bei der Nutzung des Hilfsmittels nicht mit Sicherheit ausgeschlossen ist, da es Aufgabe des Hilfsmittelrechts ist, dem behinderten Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und nicht, ihn vor allen denkbaren Gefahren auf Kosten seiner Mündigkeit zu bewahren.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für das beantragte Therapiedreirad Trix zu übernehmen.

3. Neuromodulationsanzug „EXOPULSE Mollii Suit“

a) Neue Behandlungsmethode

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.03.2025 - L 5 KR 1837/24

RID 25-02-60

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12, 13 III 1, 27 I, 33 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Leitsatz: Ein therapeutischer Nutzen der Behandlung von Spastiken bei Multipler Sklerose mit dem **Neuromodulationsanzug** „EXOPULSE Mollii Suit“ ist derzeit nicht nachgewiesen. Die Therapie mit diesem zur Selbstanwendung dem Patienten überlassenen Hilfsmittel ist eine **neue Behandlungsmethode** im Sinne des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V, zu der noch keine Richtlinienempfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt.

SG Ulm, Urt. v. 03.04.2024 - S 1 KR 2134/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Hilfsmittel zur Krankenbehandlung/Neue Behandlungsmethode

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 14.05.2025 - L 16 KR 315/24

RID 25-02-61

www.juris.de

SGB V §§ 2 I, 12, 13 III, 33 I

Bei einem **Neurostimulationsanzug Mollii Suit** handelt es sich um ein **Hilfsmittel zur Krankenbehandlung** und nicht um ein Hilfsmittel, das dem Behinderungsausgleich zuzuordnen ist (so auch LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.03.2025 - L 5 KR 1837/24 - juris Rn. 27, RID 25-02).

Der Anspruch auf ein Hilfsmittel zur Krankenbehandlung unterliegt dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 2 Abs. 1 i.V.m. § 12 SGB V. Für die hier maßgebliche **MS-Erkrankung** gibt es nur **Daten** über 15 Patienten, sodass die Beobachtungen wegen der zu kleinen Zahl an Probanden sowie dem Fehlen einer Vergleichsgruppe keine Aussagen zur Wirksamkeit zulassen.

Zudem unterliegt ein Hilfsmittel, das - wie der Neurostimulationsanzug - einem kurativen Zweck dient, der **Sperrwirkung** des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V, denn es handelt sich um eine **neue Behandlungsmethode**. Es fehlt an einer positiven Empfehlung des GBA.

SG Aurich, Urt. v. 27.06.2024 - S 38 KR 174/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Orthopädische Maßschuhe bei diabetischem Fußsyndrom und Polyneuropathie

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 20.02.2025 - L 1 KR 5/25 B ER

RID 25-02-62

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGG §§ 73a I, 86b II

Es besteht ein Anspruch auf Versorgung mit **orthopädischen Maßschuhen bei diabetischem Fußsyndrom und Polyneuropathie**, wenn sich aus ärztlichen Unterlagen das medizinische Bild ergibt, welches nach den im **Hilfsmittelverzeichnis** erfolgten leistungsrechtlichen Hinweisen zu Spezialschuhen bei diabetischem Fußsyndrom die begehrte Versorgung im Einzelfall rechtfertigt.

SG Cottbus, Beschl. v. 05.12.2024, - S 18 KR 332/24 ER - verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, für den Ast. vorläufig die Kosten für orthopädische Maßstraßenschuhe gemäß Kostenvoranschlag vom 29.02.2024 zu übernehmen; das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

5. Flüssigsauerstoff-Langzeit-Therapie: Unmittelbarer Behinderungsausgleich

SG Speyer, Urteil v. 16.01.2025 - S 17 KR 188/24

RID 25-02-63

www.juris.de

SGB V § 33 I 1

Leitsatz: Die Versorgung mit einer **Flüssigsauerstoff-Langzeit-Therapie** bei Vorliegen einer **COPD-** und Lungenemphysem-Erkrankung gehört zum **unmittelbaren Behinderungsausgleich**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Flüssigsauerstoff-System zu versorgen.

6. Assistenzhund

a) Assistenzhund bei psychischer Erkrankung

SG Konstanz, Urteil v. 16.05.2024 - S 2 KR 2525/21

RID 25-02-64

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGB IX §§ 2, 14

Soll ein **Assistenzhund** (auch) zur Sicherung des **Erfolgs der Krankenbehandlung** eingesetzt werden, soll er z.B. auch dissoziative Zustände abmildern und Panikzustände verringern, so unterliegen insoweit auch Hilfsmittel den Vorschriften zur Qualitätssicherung vertragsärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, insb. dem Erfordernis der positiven Empfehlung durch den GBA, soweit die Verwendung des Hilfsmittels untrennbar mit einer neuen Methode verbunden ist (BSG, Urt. v. 15.03.2018 - B 3 KR 18/17 R - BSGE 125, 189 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 41).

Bei Hilfsmitteln, die nicht unmittelbar eine körperliche Funktion ersetzen, sondern lediglich die direkten oder indirekten Folgen einer Behinderung ausgleichen („**mittelbarer Behinderungsausgleich**“), kann von medizinischer Rehabilitation nur dann die Rede sein, wenn der Zweck des Hilfsmiteinsatzes der Befriedigung körperlicher Grundfunktionen und in diesem Sinne einem Grundbedürfnis dient. Soll ein Hund ein Sicherheitsgefühl bieten z.B. im Schlaf aber auch außer Haus, Gefahren anzeigen und entwarnen sowie den Alltag mit dem Sohn erleichtern, ist hierfür ein speziell ausgebildeter Hund nicht erforderlich. Ein solcher Hund ist jedoch als „Gegenstand“ des täglichen Lebens nicht von der Krankenversicherung zu übernehmen.

Das **SG** wies die Klage der an einem Asperger-Syndrom, einer dissoziativen Störung, einer Traumafolgestörung und einer Anpassungsstörung leidenden Kl. ab.

b) Assistenzhund nach posttraumatischer Belastungsstörung

SG Karlsruhe, Urteil v. 17.03.2025 - S 5 KR 2092/24

RID 25-02-65

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGB IX §§ 2, 14

Leitsatz: Abhängig von den Umständen des Einzelfalls kann ein Mensch mit einer **seelischen Behinderung** einen Anspruch auf Versorgung mit einem **PTBS-Assistenzhund** haben. Besteht ein Anspruch auf einen PTBS-Assistenzhund als Leistung zur sozialen Teilhabe, umfasst der Anspruch auch die Kosten für den laufenden Unterhalt des Hundes.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem PTBS-Assistenzhund zu versorgen und ihr die erforderlichen Kosten für Hundefutter, Tierarzt und Versicherung zu zahlen.

7. Pflegebett mit 170 cm hohen Seitengittern

SG Hamburg, Urteil v. 20.01.2025 - S 9 KR 3758/22

RID 25-02-66

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGB XI §§ 29, 40; BGB § 1631b

Leitsatz: 1. Ein **Pflegebett** mit 170 cm hohen Seitengittern kann die Pflege i.S.v. § 40 SGB XI erleichtern, wenn es die Eltern bei der nächtlichen Beaufsichtigung des geistig behinderten Kindes entlastet und das Kind andernfalls mangels Gefahrenbewusstsein und Schmerzempfinden sowie aufgrund eines gestörten Tag-Nacht-Rhythmus ständiger Überwachung benötigen würde.

2. Die Verwendung eines Pflegebetts mit 170 cm hohen Seitengittern im elterlichen Haushalt stellt **keine freiheitsentziehende Maßnahme** im Sinne von § 1631b BGB dar und bedarf daher keiner Genehmigung des Familiengerichts.

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem beantragten Bett O1 mit einer Liegefläche von 200x90cm nebst Zubehör und Zurüstung gemäß Kostenvoranschlag v. 30.03.2022 zu versorgen.

VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 20.02.2025 - B 1 KR 7/24 R - ergibt sich für den Fall, dass ein Landkreis als **Träger des Rettungs- und Krankentransportdienstes** die Entgelte für dessen Leistungen durch eine **kommunale Satzung** geregelt hat, aus § 133 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 SGB V, dass die Krankenkasse die Krankentransporte nicht als Sachleistung erbringt, sondern nur zur Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung verpflichtet ist. § 60 Abs. 1 S. 4 SGB V setzt zwar für Krankentransporte zur ambulanten Behandlung grundsätzlich eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse voraus und die Genehmigungsfiktion nach § 60 Abs. 1 S. 5 SGB V findet auf Krankentransporte keine Anwendung. Allerdings bedarf das **Genehmigungserfordernis** hier einer **teleologischen Reduktion**. Liegen alle Voraussetzungen zur Kostenübernahme für einen Krankentransport vor und kann die Krankenkasse diesen wegen vorgreiflicher öffentlich-rechtlicher Bestimmungen nicht als selbst organisierte Sachleistung erbringen, darf dem Versicherten das Fehlen einer vorherigen Genehmigung nicht entgegengehalten werden. Andernfalls würde der Schutzzweck der Genehmigung in sein Gegenteil verkehrt.

1. Außerklinische Intensivpflege in Kita bei Diabetes Typ 1

SG Hannover, Beschluss v. 05.06.2024 - S 92 KR 129/24 ER

RID 25-02-67

Berufung anhängig: LSG Niedersachsen-Bremen - L 16 KR 253/24 B ER -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37c; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Ein Anspruch auf **außerklinische Intensivpflege** in einer **Kindertagesstätte** setzt voraus, dass eine **sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention** bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit **täglich unvorhersehbar** erforderlich werden kann. Eine abstrakte Gefahr für das Auftreten lebensbedrohlicher Zustände reicht hierfür nicht aus.

2. Die rein **abstrakte Möglichkeit**, dass bei einem an **Diabetes Typ 1** erkrankten Kita-Kind Hyper- oder Hypoglykämien auftreten, ist für sich genommen nicht geeignet, einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege zu begründen.

Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

2. Rehabilitation

a) Anschlussheilbehandlung: Keine Benennung einer alternativen Klinik zur Wunschklinik

LSG Hessen, Urteil v. 16.01.2024 - L 8 KR 90/21

RID 25-02-68

www.juris.de

SGB V a.F. §§ 13 III, 40; SGB IX a.F. §§ 9, 14, 15

Eine Anrechnung eventueller Mehrkosten auf den Erstattungsanspruch des Versicherten kommt wegen des **vollständigen** diesbezüglichen **Ermittlungs- und Ermessensausfalls** im Rahmen der Leistungsablehnung nicht in Betracht, wenn die Krankenkasse mit der Entscheidung über die Ablehnung der Rehabilitationsmaßnahme als Sachleistung eine **alternative Klinik zur Wunschklinik des Versicherten**, in der dieser eine Anschlussheilbehandlung tatsächlich hätte durchführen lassen können, nicht benennt und entsprechend weder die fiktiven Mehrkosten der Wunschklinik des Versicherten bestimmt noch eine Entscheidung hinsichtlich deren Angemessenheit trifft. Dieser Mangel wird nicht dadurch geheilt, dass die Krankenkasse zu einem späteren Zeitpunkt günstigere Vergleichskliniken benennt.

SG Frankfurt a. M., Gerichtsb. v. 25.03.2022 - S 25 KR 24/18 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte auf die Berufung der Kl. die Bekl., der Kl. weitere Kosten in Höhe von 1.147,12 € nebst Zinsen für die von dem verstorbenen Ehemann der Kl. selbst beschaffte Rehabilitationsmaßnahme in den Reha-Kliniken K. zu erstatten. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

b) Aufforderung zur Antragstellung: Opfer einer Gewalttat

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.03.2025 - L 5 KR 2895/23

RID 25-02-69

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 51 I 1; OEG § 1

Leitsatz: Auch für **Opfer einer Gewalttat i.S.d. § 1 OEG** gilt die **Einschränkung der Dispositionsbefugnis** bei der Aufforderung zur Stellung eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 51 Abs. 1 SGB V. Allein die Stellung als Opfer i.S.d. § 1 OEG führt nicht zu einem berechtigten Interesse an einer Rücknahme der Einschränkung der Dispositionsbefugnis.

SG Freiburg, Ur. v. 15.09.2023 - S 15 KR 3665/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Schulbegleitung wegen einer Diabetes-Erkrankung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 19.03.2025 - L 11 KR 302/25 ER-B

RID 25-02-70

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 37 II, 37c

Leitsatz: Ein Anspruch eines Grundschülers auf Behandlungspflege in Form einer **Schulbegleitung** wegen einer **Diabetes-Erkrankung** ergibt sich aus § 37 Abs. 2 SGB V. Dessen Anwendungsbereich ist nicht durch § 37c SGB V gesperrt. Ein Fall der **außerklinischen Intensivpflege**, bei der ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege erforderlich wäre, liegt in diesen Fällen in der Regel nicht vor.

SG Karlsruhe, Beschl. v. 24.01.2025 - S 10 KR 170/25 ER - verpflichtete die Ag., dem Ast. vorläufig ab dem 27.01.2025 für die Dauer von drei Monaten, längstens bis zu einer bestandskräftigen Entscheidung über den Ablehnungsbescheid v. 03.01.2025, die ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege während des Schulbesuchs in der Grundschule Ö1 arbeitstäglich (Montag bis Freitag) in der Zeit von 8:00 Uhr bis 14:00 Uhr zur Verfügung zu stellen. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. Fahrkosten: Keine hohe Behandlungsfrequenz (Alle 6-8 Wochen)

SG Augsburg, Urteil v. 23.08.2024 - S 3 KR 147/24

RID 25-02-71

www.juris.de

SGB V § 60; Krankentransport-RL § 8

Unter Berücksichtigung der vielfältigen Rspr. kann eine Behandlungsfrequenz von alle 6-8 Wochen den Anforderungen an den Rechtsbegriff „**hohe Behandlungsfrequenz**“ (§ 8 Abs. 2 S. 1 Krankentransport-RL) nicht gerecht werden, auch unter Berücksichtigung, dass die Behandlung dauerhaft durchgeführt werden muss.

Der Begriff der Vergleichbarkeit i.S.v. § 8 Abs. 4 Krankentransport-RL ist eng auszulegen. Unter den Anwendungsbereich von § 8 Abs. 4 Krankentransport-RL fallen nur solche Personen, deren Mobilitätseinschränkungen in ihrem Ausmaß allenfalls unwesentlich hinter einer versorgungsbehördlich festgestellten **außergewöhnlichen Gehbehinderung** i.S.v. § 229 Abs. 3 SGB X zurückbleiben.

Das SG wies die Klage ab.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 02.04.2025 - **B 1 KR 25/23 R** - ist § 3 Abs. 2 S. 1 **Notfallstufen-Regelungen des GBA** nichtig. Der GBA hat durch die bloß negativ erfolgte Definition der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung den Normsetzungsauftrag des Gesetzgebers nicht hinreichend umgesetzt, eine **eigenständige Stufe der Nichtteilnahme als Abschlagsstufe** festzulegen. Die zulässige Normenfeststellungsklage gegen § 1 Abs. 1 S. 3 der Notfallstufen-Regelungen ist dagegen unbegründet. Nach dessen Wortlaut liegt zwar eine Regelung des GBA nahe, dass bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung verbindliche Abschlüsse zu erheben sind. Aus der Überschrift des § 1 „Ziele der Regelung“, der Trennung vom „Gegenstand der Regelung“ in § 2 und den Tragenden Gründen zum Beschluss ergibt sich aber, dass der GBA hier keine Regelung im Sinne einer Rechtsnorm getroffen hat. Nach BSG, Urt. v. 02.04.2025 - **B 1 KR 31/23 R** - steht einer **vollstationären Behandlung** nicht grundsätzlich entgegen, dass ein **Teil der Behandlung** - wie hier im Rahmen von Belastungserprobungen - **außerhalb des Krankenhauses** stattfindet, solange die enge räumliche und funktionelle Anbindung an das Krankenhaus während der gesamten Behandlung durchgehend erhalten bleibt. Eine solche enge Anbindung ist gegeben, wenn der Behandlungsplan einen stetigen Wechsel von Behandlungen im Krankenhaus und engmaschig therapeutisch begleiteten, auswärtigen Belastungserprobungen vorsieht, während derer die Möglichkeit einer jederzeitigen Rückkehr in das Krankenhaus durch die exklusive Freihaltung eines Bettes durchgehend sichergestellt ist. Nach BSG, Urt. v. 20.02.2025 - **B 1 KR 6/24 R** - ergibt sich **der Vergütungsanspruch für eine ambulante Entbindung im Krankenhaus** dem Grunde nach aus § 24f SGB V. Die Vorschrift unterscheidet begrifflich klar zwischen ambulanter und stationärer Entbindung im Krankenhaus. Versicherte haben ein Wahlrecht, ob sie ambulant oder stationär im Krankenhaus entbinden möchten. Ist im Gesetz **für Versicherte ein Leistungsanspruch** vorgesehen, muss ein zugelassener **Leistungserbringer** auch einen **Vergütungsanspruch** erwerben, wenn er die Leistung pflichtgemäß erbringt. Der Gesetzgeber setzt insoweit die Existenz eines Vergütungsanspruchs - wie bei § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V - als Selbstverständlichkeit voraus, auch wenn keine ausdrückliche Anspruchsgrundlage normiert ist. Aus dem Fehlen einer ausdrücklichen Vergütungsregelung für **ambulante Entbindungen im Krankenhaus** kann nur der Schluss gezogen werden, dass der Gesetzgeber hierfür auch die sonst **für stationäre Entbindungen geltende Mindest-Fallpauschale** vorgesehen hat. Denn die ambulante Entbindung im Krankenhaus unterscheidet sich von der stationären hinsichtlich der Kernleistungen nicht. Die Vorbereitungen, die eigentliche Entbindung unter Mitwirkung von Ärzten und Hebammen und die unmittelbare Nachsorge im Kreißsaal fallen bei einer ambulanten Entbindung in gleicher Weise an, wie bei einer komplikationslos verlaufenden stationären Entbindung. Nach BSG, Urt. v. 20.02.2025 - **B 1 KR 15/24 R** - können **Verzugszinsen** auch für die **Aufwandspauschale** anfallen. Der Anspruch auf Verzugszinsen ergibt sich aus der durch § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V gebotenen entsprechenden Anwendung der §§ 286, 288 Abs. 1 BGB. Bei der Aufwandspauschale handelt es sich jedenfalls **nicht um eine Entgeltforderung**, die zum Eintritt des Verzuges binnen 30 Tagen nach Zugang einer Rechnung und zum erhöhten Verzugszinssatz führen würde. Der Senat konnte allerdings nicht abschließend darüber entscheiden, ob und ab welchem Zeitpunkt der Kl. Verzugszinsen zustehen. Der **Verzugseintritt** setzt voraus, dass die Aufwandspauschale **entstanden** und damit **fällig** geworden ist. Der Anspruch auf die Aufwandspauschale entsteht - bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen - im **Zeitpunkt der Mitteilung** der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse, dass die Höhe der abgerechneten Vergütung nicht beanstandet wird. Die bloße Übersendung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes reicht dafür nicht aus.

Nach BSG, Urt. v. 19.12.2024 - **B 1 KR 16/23 R**, **B 1 KR 17/23 R**, **B 1 KR 19/23 R** u. **B 1 KR 26/23 R** - ist die vom bekl. GBA erlassene „Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (**Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik**)“ **rechtmäßig**.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Notwendigkeit stationärer Versorgung

aa) Behandlungsdauer: Unbeachtlichkeit sozialer Gesichtspunkte

LSG Hamburg, Urteil v. 20.01.2025 - L 1 KR 13/24 KH

RID 25-02-72

www.juris.de

SGB V § 39

Die Auffassung der Vorinstanz ist zutreffend, wonach aus den **sozialen Umständen**, namentlich der **fehlenden Bereitschaft der Eltern, sich um ihr Kind zu kümmern**, nicht abgeleitet werden kann, dass die Behandlung jedenfalls über den 04.12.2015 hinaus medizinisch erforderlich gewesen sei. So nachvollziehbar auch die Ausführungen des Sachverständigen aus sozialen Aspekten sein mögen, dass ohne Einwilligung der Eltern die notwendige Operation nicht habe durchgeführt werden können, so bleibt aus rechtlicher Sicht maßgeblich, dass im Rahmen des § 39 SGB V allein **medizinische Aspekte** bei der Bemessung der Behandlungsdauer entscheidend sind und nicht soziale Gesichtspunkte. Aus rechtlicher Sicht sind im Rahmen des § 39 SGB V allein medizinische Aspekte bei der Bemessung der Behandlungsdauer entscheidend und nicht soziale Gesichtspunkte.

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 26.02.2024 - 45 KR 2707/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

bb) Ambulant erbringbare Leistung: Grund für einen stationären Aufenthalt

SG Dortmund, Urteil v. 17.01.2025 - S 78 KR 1717/23 KH

RID 25-02-73

www.juris.de

SGB V §§ 39, 301

Lassen weder die übermittelte **Hauptdiagnose** noch die **OPS-Nummer** den naheliegenden Schluss zu, dass die Behandlung **stationär** erfolgen musste, hat das Krankenhaus von sich aus schon zur Begründung der Fälligkeit der Forderung gegenüber der Krankenkasse die erforderlichen **ergänzenden Angaben** zu machen (zum Ganzen BSG, Urt. v. 21.04.2015 - B 1 KR 10/15 R - NZS 2015, 578 = KHE 2015/29, juris Rn. 11; BSG, Urt. v. 14.10.2014 - B 1 KR 27/13 R - BSGE 117, 82 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 40 Rn. 21).

Das **SG** wies die Klage ab.

cc) Stationäre arthroskopische Entnahme von Knorpelzellen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.01.2025 - L 11 KR 1961/24

RID 25-02-74

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 108 I Nr. 2, 135, 137c

Leitsatz: Weder der **Ausschluss aus der vertragsärztlichen Versorgung** noch die fehlende ambulante Abrechnungsmöglichkeit der **matrixassoziierten autologen Chondrozyten-Implantation/Transplantation** (M-ACI, M-ACT) stellen ein medizinisches Erfordernis für die stationäre Durchführung der arthroskopischen Entnahme von Knorpelzellen dar.

SG Heilbronn, Urt. v. 30.04.2024 - S 12 KR 3440/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

dd) Erreichbarkeit des Therapieziels im ambulanten Setting

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 12.02.2025 - L 10 KR 480/22 KH

RID 25-02-75

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Trifft die Annahme des Krankenhauses, wegen postoperativer Blutungsgefahr sei ein stationäres Prozedere erforderlich gewesen, nicht zu und hätte eine Behandlung der Condylomata acuminata mit dem Behandlungsziel, die Heilung der Erkrankung durch Abklingen der Warzen, durch eine **Therapie im ambulanten Setting** erreicht werden können, besteht keine Notwendigkeit stationärer Krankenhausversorgung.

Die vom Krankenhaus **freiwillig angebotenen Beweise** unterliegen keinem Beweisverwertungsverbot (BSG, Urt. v. 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R - BSGE 134, 172 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 39, Rn. 34).

SG Detmold, Urt. v. 26.02.2020 - 5 KR 2367/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

ee) Fehlen einer medizinischen Leistung bei der Abrechnung

SG Altenburg, Urteil v. 12.09.2024 - S 23 KR 563/23

RID 25-02-76

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV; KHEntgG §§ 7, 9, 11; 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. Allein das **Fehlen einer medizinischen Leistung**, die einem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) entspricht, lässt nicht den unmissverständlichen Rückschluss darauf zu, dass es sich um eine „**regelmäßig ambulant**“ zu erbringende Leistung handelt. Wurde kein OPS übermittelt, ist anhand der übrigen nach § 301 SGB V mitgeteilten Daten zu prüfen, ob diese ausreichen, um der Krankenkasse die auf der ersten Prüfungsebene zu treffende Entscheidung zu ermöglichen. Nur wenn dies nicht der Fall ist, ist die Krankenkasse berechtigt, ausnahmsweise weitere Angaben zum „Grund der Aufnahme“ beim Krankenhaus zu erfragen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.690,40 € nebst Zinsen zu zahlen.

ff) Fehlende Dokumentation der ärztlichen Entscheidung über stationäre Aufnahme

SG Frankfurt (Oder), Urteil v. 08.08.2023 - S 21 KR 206/21

RID 25-02-77

Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 4 KR 357/23 -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3

Es fehlt an der organisatorischen Eingliederung einer Versicherten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses und damit an einer **stationären Aufnahme**, wenn eine konkrete, ausdrückliche oder konkludente **ärztliche Entscheidung** in dem Sinne, dass die Versicherte über einen Zeitraum von mindestens einem Tag und einer Nacht im Krankenhaus verbleiben und dort stationär behandelt werden sollte, an keiner Stelle **dokumentiert** ist und sich den vorliegenden Unterlagen auch nicht anderweitig entnehmen lässt. Die **Zuweisung eines Bettes** und die Durchführung der stattgehabten Untersuchungen in Form von Labor und EKG allein ist nicht ausreichend für den Nachweis einer ärztlichen Entscheidung zur stationären Behandlung der Versicherten. Auch bei Verbringung von Versicherten auf eine Aufnahme- oder Beobachtungsstation im Rahmen einer **Notfallaufnahme** in der erweiterten Notfallversorgung bedarf es der hinreichenden Dokumentation im Einzelfall, dass der bzw. die jeweilige Versicherte stationär aufgenommen wurde.

Das **SG** wies die Klage ab.

gg) Beurteilung des behandelnden Arztes und dokumentierte Befunde

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 16.11.2022 - L 4 KR 18/21

RID 25-02-78

www.juris.de

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3; SGG § 128

Bei **nachträglicher Prüfung einer medizinischen Notwendigkeit** für die stationäre Behandlung (hier: für zwei Tage) kommt im Übrigen in Grenz- oder Zweifelsfällen im Rahmen der Beweiswürdigung der **Beurteilung des behandelnden Arztes** besonderes Gewicht zu, weil sich die in der Vergangenheit liegende Behandlungssituation auch bei einer ordnungsgemäßen Dokumentation des Krankheitsgeschehens und des Behandlungsverlaufs unter Umständen nur begrenzt nachvollziehen lässt und der Krankenhausarzt im Zeitpunkt der Behandlung in Kenntnis des Patienten und aller für die

medizinische Versorgung relevanten Umstände im Zweifel am ehesten einschätzen kann, welche Maßnahmen medizinisch veranlasst waren (BSG, Beschl. v. 25.09.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10, juris Rn. 32). Diese ärztliche Einschätzung lässt sich jedoch nicht losgelöst von den tatsächlichen medizinischen Umständen in dem Zeitpunkt betrachten, in welchem sie erfolgt ist. Sie kann daher nur insoweit Berücksichtigung finden, wie sie mit **den dokumentierten (ärztlichen und nichtärztlichen) Befunden** in Einklang steht (LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 18.10.2018 - L 6 KR 62/13 - juris Rn. 28).

SG Hannover, Urt. v. 17.12.2020 - S 91 KR 1329/17 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 891,51 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

hh) Besondere Einrichtung nach § 17b I 10 KHG: Neuropädiatrische Komplexbehandlung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 30.07.2024 - L 10 KR 96/18

RID 25-02-79

Revision anhängig: B 1 KR 2/25 R

www.juris.de

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

Parallelverfahren zu LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.07.2024 - L 10 KR 172/20 - RID 24-04-56,

Revision anhängig: B 1 KR 29/24 R

Leitsatz: 1. Ein Krankenhaus ist auch dann nach § 301 Abs. 1 SGB V zur **Übermittlung eines OPS verpflichtet**, wenn es als besondere Einrichtung im Sinne von § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG anerkannt ist und Leistungen nach **Tagespauschalen** abrechnet. 2. Das Krankenhaus muss dann auch die qualitativen und quantitativen **Leistungsmerkmale** erbringen, die der jeweilige OPS vorsieht, und die Leistungserbringung dokumentieren.

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

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

SG Lübeck, Urt. v. 21.06.2018 - S 5 KR 557/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Erlöschen des Vergütungsanspruchs durch Erfüllung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 23.10.2024 - L 11 KR 427/22 KH

RID 25-02-80

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 I 3, 109 IV 3; BGB § 362

Der **Vergütungsanspruch** eines Krankenhauses aus der Behandlung einer Versicherten gem. § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 KHEntG ist durch **Erfüllung erloschen** (§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 362 BGB), auch wenn später mit einem geltend gemachten Erstattungsanspruch gegen eine unstrittige Forderung aufgerechnet wird.

SG Münster, Urt. v. 10.05.2022 - S 7 KR 833/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Arzneimittelversorgung: Grobes Missverhältnis zwischen Erlös und Kosten

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.09.2024 - L 4 KR 29/23

RID 25-02-81

Revision anhängig: B 1 KR 37/24 R

www.juris.de

SGB V § 109 IV 3; KHG §§ 17b I 1, 17d I; KHEntG § 1 II 2 Nr. 3

Die **Vergütung der Krankenhausleistungen** nach § 1 Abs. 1 BPFLV umfasst auch die Versorgung mit Arzneimitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind. Unerheblich ist insoweit, ob die Kosten der betroffenen **Arzneimittelversorgung** ausdrücklich Gegenstand der Pflegesatzverhandlungen waren (BSG, Urt. v. 22.06.1994 - 6 RKa 34/93 - BSGE 74, 263, 267 = SozR 3-2500 § 116 Nr. 9 S. 53). Das Krankenhaus, das einen Versicherten zur vollstationären Behandlung aufgenommen hat, ist zu einer umfassenden und einheitlichen Gesamtleistung verpflichtet

und darf sich nicht etwa einzelnen Leistungen aus Kostengründen entziehen (BSG, Urt. v. 12.11.2013 - B 1 KR 22/12 - BSGE 115, 11 = SozR 4-2500 § 69 Nr. 9, juris Rn. 16).

Unter Berücksichtigung der Anlagen 3 und 4 zur BPflV (ZE-Katalog) gibt es ein weitreichendes Regelwerk, das eine **Vielzahl extra zu vergütender Medikamente** enthält. Die Vertragsparteien haben jedoch **Kovaltry 3000 i.E.** (hier: Kosten in Höhe von 368.332,42 € für die gesamte Behandlung), obschon es seit Frühjahr 2016 zugelassen ist, **nicht in den ZE-Katalog aufgenommen**. Anhaltspunkte dafür, dass dies planwidrig geschehen ist, liegen nicht vor.

SG Hildesheim, Urt. v. 11.01.2023 - S 54 KR 1262/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Aufrechnung

aa) Geltung des Aufrechnungsverbots ab dem Jahr 2022

SG Düsseldorf, Urteil v. 30.01.2025 - S 15 KR 2484/23 KH

RID 25-02-82

www.juris.de

SGB V § 109 VI; KHG § 17c II 1

Aufgrund des **Aufrechnungsverbots** nach § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V kann auch **nach dem 01.01.2022** nicht weiter aufgerechnet werden, soweit die streitige Erstattungsforderung aus einem Fall mit **Aufnahme vor dem 31.12.2021** resultiert. Dies widerspricht bereits dem ausdrücklichen Wortlaut des § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V, nach dem zeitlicher Bezugspunkt der oder die unstreitigen Vergütungsansprüche sind, gegen die aufgerechnet wird.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. weitere 20.147,46 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Zulässigkeit der Aufrechnung nach dem 01.01.2020/CRP-Apherese

SG Augsburg, Urteil v. 31.07.2024 - S 12 KR 12/23

RID 25-02-83

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109; KHG § 17c II 1

Grundsätzlich war also auch nach dem 01.01.2020 noch eine Aufrechnung zulässig. Die teilweise in der Rechtsprechung vertretene anderslautende Auslegung (z.B. SG Nürnberg, Urt. v. 29.03.2023 - S 2 KR 326/22 - RID 23-04-52, Sprungrevision anhängig: B 1 KR 18/23 R), wonach die Vereinbarung PrüfvV Übergang 2020 in Hinblick auf die Aushebelung des Aufrechnungsverbotes unwirksam sei, überzeugt nicht.

Bei dem C-reaktiven Protein (CRP) handelt es sich nicht um ein Immunglobulin oder einen Immunkomplex. Die **CRP-Apherese** wäre im März 2021 mit dem OPS-Kode 8.821.x (2-malig) zu kodieren gewesen, der ein Zusatzentgelt nicht auslöst und in die DRG F52B führt, mit entsprechend niedrigerem Vergütungsanspruch.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Vorstationäre Krankenhausbehandlung: Einweisung durch Notarzt

SG München, Urteil v. 15.04.2025 - S 18 KR 132/23

RID 25-02-84

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 115a I

Ein vom Notarzt ausgefülltes **Notarzteinsatzprotokoll** entspricht nicht den Anforderungen an eine für eine **vorstationäre Behandlung** erforderliche **Verordnung** i.S. des § 115a Abs. 1 SGB V, wenn die der Verordnung zugrundeliegende Beurteilung des Vertragsarztes über die Erforderlichkeit einer vorstationären Behandlung gerade nicht im Notarzteinsatzprotokoll enthalten ist.

Im Falle der vorstationären Behandlung nach § 115a Abs. 1 SGB V stellt die **Einweisung** als konstitutives Erfordernis eine Ausnahme von dem Grundsatz dar, dass der Anspruch auf Krankenhausbehandlung unabhängig von dem Vorliegen einer Einweisung besteht.

Die **Berufung** war nach § 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG im Hinblick auf BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 11/20 R - BSGE 132, 137 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 85 zuzulassen, da die Frage, ob die Einweisung

mittels Notarzteinsatzprotokolls mit einer Verordnung von Krankenhausbehandlung i.S. des § 115a SGB V gleichzustellen ist, bislang höchstrichterlich nicht entschieden worden ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. Prüfvereinbarung

a) Intensivbehandlung bei psychischen/psychosom. Störungen: Begründung einer Leistungskürzung

SG Berlin, Urteil v. 14.03.2025 - S 89 KR 1766/23

RID 25-02-85

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; PrüfvV 2016 § 8

Leitsatz: Zum Umfang der wesentlichen Begründung der Leistungsentscheidung nach § 8 Satz 2 PrüfvV.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.468,56 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Nachträgliche Korrektur der Abrechnung: Korrektur des Entgeltschlüssels

SG Köln, Urteil v. 07.06.2024 - S 31 KR 1518/23 KH

RID 25-02-86

www.juris.de

KHG § 17c IIa 1; PrüfvV § 11 Ia

Ein Anspruch auf Vergütung besteht nicht, wenn die Rechnung des Krankenhauses eine nicht gültige Gebührenposition ausweist und eine **Korrektur der Abrechnung** gem. § 17c Abs. 2a S. 1 KHG **ausgeschlossen** ist. Nur zur Umsetzung des Ergebnisses einer Prüfung des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils darf die Rechnung noch nachträglich korrigiert werden.

Die nachträgliche **Korrektur des Entgeltschlüssels** stellte eine Korrektur der Abrechnung vor, da dies eine Änderung der Abrechnungsdaten bedeutete.

Eine **teleologische Reduktion** der Vorschrift des § 17c Abs. 2a KHG bei **offensichtlichen Fehlern** wie Schreibfehlern oder Eingabefehlern kommt nach Auffassung der Kammer mangels verdeckter Regelungslücke im Sinne einer planwidrigen Unvollständigkeit des Gesetzes nicht in Betracht (gegen eine Anwendung der Vorschrift auf offensichtliche Unrichtigkeiten dagegen SG München, Ur. v. 21.1.2023 - S 7 KR 767/23 - juris Rn. 37, RID 24-01-82).

Das **SG** wies die Klage ab.

4. Fallpauschalen

a) Umfassendere Diagnose: Intensiv-medizinische Komplexbehandlung/Kreislaufsystem

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.11.2024 - L 6 KR 31/23

RID 25-02-87

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV; KHEntg § 7; KHG § 17b

Als **Hauptdiagnose** ist eine Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ mit Gangrän nach I70.25 ICD-10 GM 2015 einzustellen, wenn sie durch die enthaltene Ursache der Arterienatherosklerose und Angabe der betroffenen Körperregion die **umfassendere Diagnose** gegenüber der auch dadurch bedingten, allein aber nicht näher zugeordneten Sepsis ist.

SG Halle, Ur. v. 28.03.2023 - S 8 KR 646/20 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. 3.451,19 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

b) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

LSG Hamburg, Urteil v. 30.01.2025 - L 1 KR 73/23 KH D

RID 25-02-88

Revision anhängig: B 1 KR 5/25 R

www.juris.de

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

Die Auffassung der Vorinstanz, aus dem Wortlaut des OPS 8-550.1 (**Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**: mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) folge weder, dass in jeder der zwei Behandlungswochen jeweils zwei Therapiebereiche zum Einsatz kommen müssten, noch zwingend, dass Ziele, die in der ersten Woche in einem Therapiebereich festgelegt worden wären, auch zwingend in der nächsten Woche durch das entsprechende Team bearbeitet werden müssten, wenn sich diese auch anders erreichen ließen, ist zu folgen. Gegen eine Auslegung im Sinne einer „**wochenbezogenen Komplexbehandlung**“ spricht schon die Schwierigkeit der Bewertung bei Behandlungszeiträumen, die sich nicht in volle Wochen unterteilen lassen.

SG Hamburg, Urt. v. 22.05.2023 verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.379,87 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.12.2024 - L 10 KR 791/19

RID 25-02-89

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Der OPS 8-552 (**Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation**) verlangt nicht, dass der neben dem leitenden Facharzt **weiter tätige Arzt** ebf. über eine **3-jährige einschlägige Berufserfahrung** verfügt.

Eine **Vertretung der verantwortlichen leitenden Pflegefachkraft** muss nicht über die Qualifikation als **Fachkrankenschwester** im Bereich der neurologischen Rehabilitation verfügen, um die Mindestmerkmale zu erfüllen.

SG Düsseldorf, Urt. v. 30.08.2019 - S 34 KR 1234/16 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 30.207,17 € nebst Zinsen an die Kl. sowie diese auf die Widerklage zur Zahlung von 30.207,17 € nebst Zinsen an die Bekl. Das **LSG** wies auf die Berufung der Kl. die Widerklage der Bekl. ab.

d) Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion

SG München, Urteil v. 27.01.2025 - S 55 KR 760/24

RID 25-02-90

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: 1. Krankenhausvergütung; Erstattungsstreitigkeit; OPS 8-98.g.11 (= **Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion** mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage). 2. **Strukturmerkmal** „Mindestens **tägliche Fußbodendesinfektion** und einmalige Schlussdesinfektion gegebenenfalls unter Einsatz besonderer Flächendesinfektionsmittel“ ist nur erfüllt, wenn die Zimmerreinigung in Zusammenhang mit der Isolationsbehandlung des Patienten erfolgt, für den der OPS 8-98.g.11 abgerechnet wird; die reguläre Schlussdesinfektion des Patientenzimmers nach anderen Patienten kann nicht zugerechnet werden.

Das **SG** verurteile die Bekl., an die Kl. 2.514,93 € sowie einen Aufschlag nach § 275c Abs. 3 SGB V in Höhe von 300 € zzgl. Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

e) CPAP-Atemunterstützung bei Frühgeborenen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.01.2025 - L 9 KR 68/22

RID 25-02-91

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Bei der Anwendung von **CPAP-Atemunterstützung bei Frühgeborenen** sind bei der Berechnung der **Dauer der Anwendung** lediglich die Zeiten der tatsächlichen Anwendung der CPAP-Atemunterstützung zu berücksichtigen. Pausenzeiten zählen nicht mit.

SG Berlin, Urt. v. 20.01.2022 - S 76 KR 3260/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

f) Kodierung eines Malignoms als Hauptdiagnose

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 11.03.2025 - L 10 KR 10013/21

RID 25-02-92

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: 1. Der **Beschluss des Schlichtungsausschusses** auf Bundesebene (§ 17c Abs. 3 KHG a.F.) vom 04.07.2016 (AZ01/2015) zu der Kodierregel 0201n war erst **ab seiner Veröffentlichung** anzuwenden.

2. Ein **Malignom** konnte nach der Kodierregel 0201n der DKR 2015 nicht allein deshalb als **Hauptdiagnose** (HD) kodiert werden, weil ein Versicherter mit einem Malignom während einer laufenden strahlen- oder chemotherapeutischen Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen, diese Behandlung fortgesetzt und eine hinzugetretene Erkrankung stationär behandelt wurde. Ein Malignom konnte vielmehr nur dann als HD kodiert werden, wenn **gezielt dessen Behandlung** oder hoch wahrscheinlich eintretende Folgeerkrankungen der Anlass für die stationäre Aufnahme des Versicherten waren; war jedoch die hinzugetretene Erkrankung der Anlass für die stationäre Aufnahme, waren diese Erkrankung als HD und das Malignom als Nebendiagnose zu kodieren.

SG Itzehoe, Gerichtsb. v. 26.07.2021 - S 26 KR 2114/18 - gab der Klage statt, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.753,90 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen (bzgl. der Zinsen) die Klage ab und die Berufung zurück.

g) Kodierung der Nebendiagnose Akutes Nierenversagen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 12.09.2024 - L 4 KR 218/23

RID 25-02-93

Revision anhängig: B 1 KR 32/24 R

www.juris.de

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

Die Nebendiagnose N17.82 (**Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2**) kann nicht kodiert werden, wenn die Kriterien für ein akutes Nierenversagen nach den KDIGO-Leitlinien (kidney Disease: Improving Global Outcomes) nicht erfüllt sind, weil es an einem gemessenen Ausgangswert fehlt, der als Rechengröße in die Berechnung der Serumerhöhung einzustellen ist.

SG Hannover, Urt. v. 21.04.2023 - S 89 KR 776/19 KH - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

h) Zusatzentgelt: Hochaufwändige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.02.2025 - L 16 KR 171/23

RID 25-02-94

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG §§ 9 I, 17b

Leitsatz: Zur **Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten durch Besondere Einrichtungen** vor dem Hintergrund der „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2019 (VBE 2019)“.

SG Potsdam, Urt. v. 21.03.2023 - S 7 KR 691/21 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.481,56 € nebst Zinsen zu zahlen.

5. Mindestmengenregelung

a) Nichterreichen der Mindestmenge im vorausgegangenen Jahr

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 31.01.2025 - L 4 KR 3689/24 ER-B

RID 25-02-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Das vorausgegangene **Kalenderjahr** i.S. des § 136b Abs. 5 S. 4 SGB V ist das Kalenderjahr vor dem Jahr, in dem die Prognose gestellt wird. Die im Jahr 2024 für das Jahr 2025 getroffene Prognose basiert somit auf den Zahlen von 2023.

Nach § 4 Abs. 4 S. 2 Buchst. a Mm-R liegen begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose i.d.R. vor, wenn die **Mindestmenge des vorausgegangenen Jahres** nicht erreicht wurde und objektive Umstände der Richtigkeit der Prognose der Ast. widersprechen.

Nicht mit **Zahlen unterfütterte** pauschale Argumente tragen i.d.R. nicht (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 29.07.2024 - L 5 KR 1548/24 ER-B - juris Rn. 48, RID 24-03-103).

Das **SG** wies den Antrag auf einstweilige Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) Anforderungen an Prognose einer Fallzahlsteigerung

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 04.03.2025 - L 10 KR 162/24 B ER

RID 25-02-96

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b I, V; MM-R §§ 3 I, 4 II

Leitsatz: 1. Bei der **Widerlegung** von Prognoseentscheidungen nach § 136b Abs. 5 Satz 6 i.V.m. Abs. 5 Sätze 3 bis 5 SGB V ist die Sach- und Rechtslage im **Zeitpunkt** der (gemeinsamen) Prognoseentscheidung der Krankenkassen maßgeblich. Daher muss das Krankenhaus alle für seine Prognose relevanten Unterlagen im Verwaltungsverfahren vorlegen. Nachträglich im Gerichtsverfahren vorgelegte Unterlagen sind nicht mehr zu berücksichtigen.

2. Die **Prognose einer Fallzahlsteigerung** im kommenden Jahr gegenüber den Referenzzeiträumen muss auf einer plausiblen und den Krankenkassen zu übermittelnden Tatsachengrundlage beruhen.

3. Ob zur Erfüllung einer festgelegten Mindestmenge auch die **bisherigen Fallzahlen verschiedener Krankenhäuser** zugunsten eines der Krankenhäuser herangezogen werden können, ist vor dem Hintergrund von Sinn und Zweck der Mindestmengenregelung im SGB V zweifelhaft. Das gilt selbst dann, wenn zwischen den Krankenhäusern eine **Kooperationsvereinbarung** besteht, wonach die Patienten nur in einem der beiden Krankenhäuser operiert und die behandelnden Krankenhausärzte für diese Operationen in dem jeweiligen Krankenhaus (teil-)angestellt werden sollen.

SG Kiel, Beschl. v. 17.12.2024 - S 36 KR 13/24 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage (S 36 KR 128/24) an. Das **LSG** lehnte auf Beschwerde der Ag. den Antrag ab.

c) Berücksichtigung des Umsetzungsprozesses zur Krankenhausplanung NRW

SG Düsseldorf, Beschluss v. 06.12.2024 - S 27 KR 1751/24 KH ER

RID 25-02-97

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b V; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Das **Nichterreichen der maßgeblichen Mindestmenge** (hier: für thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen) im vorausgegangenen Kalenderjahr reicht allein zur **Widerlegung der Prognose** nicht aus. Vielmehr muss kumulativ („und“) hinzukommen, dass auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß § 4 Abs. 2 S. 2 bis 4 Mm-R konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen. Konkrete, objektive Umstände widersprechen der Prognose eines Krankenhausträgers, wenn für die Erwartung des Anwachsens der Leistungsmenge eine **ausreichend tragfähige Grundlage fehlt**.

Der **Umsetzungsprozess zur Krankenhausplanung NRW** darf nicht unberücksichtigt bleiben. Dieser befindet sich zwar aktuell noch im (zweiten) Anhörungsverfahren, wobei es sich weiterhin lediglich um eine vorläufige Planung handelt, so dass bisher nicht von bestehenden strukturellen Veränderungen gesprochen werden kann. Doch liegt dennoch bereits eine hinreichend klare und verfestigte

Prognosegrundlage vor (siehe hierzu LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.06.2023 - L 10 KR 119/23 B ER - juris Rn. 37, RID 24-01-78).

Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung der unter dem Aktenzeichen S 27 KR 1752/24 KH geführten Anfechtungsklage der Ast. gegen den Bescheid der Ag. v. 30.09.2024 an.

6. Prüfung von Strukturmerkmalen (§ 275d): Verfügbarkeit von Ergotherapie

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 04.04.2025 - L 4 KR 120/25 B ER

RID 25-02-98

www.juris.de

SGB V §§ 2 IV, 12 I, 70 I, 124 I 1 Nr. 1 V, 275d; SGG § 86b II 2

Der Wert des in Rede stehenden Rechtsguts der Qualität und der Qualitätssicherung bei der Erbringung medizinischer Leistungen ist gegenüber gesetzlichen Krankenversicherten so hoch anzusetzen, dass die streitige „Erbringung **ergotherapeutischer Leistungen** am Wochenende und an Feiertagen“ ohne die zugrunde liegende **Berufsqualifikation** dieser Leistungserbringer nicht rechtlich geschützt werden darf durch einen - vorliegend nur „vorläufigen“ - positiven Bescheid zur Zulässigkeit dieser Leistungserbringung (und ihrer Abrechnung).

SG Hannover, Beschl. v. 20.02.2025 - S 90 KR 905/24 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

7. Ambulante Behandlung im Krankenhaus

a) Vierjährige Verjährungsfrist für ambulante Krankenhausbehandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.11.2024 - L 10 KR 1133/23 KH

RID 25-02-99

Revision anhängig: B 1 KR 6/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 108, 109 V, 116b

Die **Vergütung für die ambulante Behandlung** der Versicherten im Krankenhaus unterliegt der **vierjährigen Verjährung**. Die zweijährige Verjährungsfrist nach § 109 Abs. 5 SGB V betrifft nur voll- und teilstationäre sowie stationsäquivalente Behandlungen und ist nicht auf ambulante Behandlungen anwendbar. Es gibt keine planwidrige Regelungslücke, die eine analoge Anwendung der verkürzten Verjährungsfrist auf ambulante Krankenhausbehandlungen rechtfertigen würde.

SG Duisburg, Urte. v. 25.03.2023 - S 9 KR 1185/22 KH - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 37,68 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Keine kurze Verjährungsfrist

SG Duisburg, Urteil v. 11.12.2023 - S 39 KR 1192/22 KH

RID 25-02-100

www.juris.de

SGB V § 116b

Die zum Jahr 2019 neu eingeführte kürzere **Verjährungsfrist** des § 109 Abs. 5 SGB V erfasst nicht die Abrechnung von Leistungen nach § 116b SGB V. Dies folgt aus der Systematik des § 109 Abs. 5 SGB V als auch des § 116b SGB V.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.033,17 € nebst Zinsen zu zahlen.

Parallelverfahren:

SG Duisburg, Urteil v. 16.06.2023 - S 31 KR 1196/22 KH

RID 25-02-101

www.juris.de

SG Duisburg, Urteil v. 14.08.2023 - S 46 KR 1188/22 KH

RID 25-02-102

Berufung zugelassen

www.juris.de

SG Duisburg, Urteil v. 06.12.2023 - S 46 KR 1195/22 KH

RID 25-02-103

www.juris.de

SG Duisburg, Urteil v. 15.03.2024 - S 31 KR 1183/22 KH

RID 25-02-104

www.juris.de

c) Verjährungsfrist der Vergütungsansprüche für ambulante Behandlungen

SG Duisburg, Urteil v. 20.02.2024 - S 60 KR 1179/22 KH

RID 25-02-105

www.juris.de

SGB V a.F. §§ 116 V, VIII 3

Die **Verjährungsfrist der Vergütungsansprüche für ambulante Behandlungen** im Krankenhaus im Juni 2019 beginnt erst mit der **Fälligkeit** des jeweiligen Anspruchs. Die **Entstehung des Vergütungsanspruchs** ist von dessen Fälligkeit zu unterscheiden. Sie fallen regelhaft zeitlich auseinander. Voraussetzung für die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs ist eine den Vorgaben des § 301 Abs. 1 SGB V entsprechende **Rechnung**. Dies gilt auch in Fällen der ambulanten Behandlung nach § 116b Abs. 2 SGB V a.F. Die Erteilung der Rechnung selbst markiert den Verjährungsbeginn, nicht der Zeitpunkt in dem sie hätte erteilt werden können oder müssen. Den Umstand, dass der Verjährungsbeginn durch das Verhalten des Gläubigers hinausgeschoben werden kann, nimmt das Gesetz hin. Unabhängig davon findet § 109 Abs. 5 SGB V auf Vergütungsansprüche aus §§ 116b SGB V keine Anwendung, sodass es bei der **vierjährigen Verjährungsfrist** des § 45 SGB I bleibt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.375,72 € nebst Zinsen zu zahlen.

8. Aufwandspauschale

a) Trotz unzutreffender Kodierung keine Minderung der Abrechnung

SG Hamburg, Urteil v. 12.09.2024 - S 50 KR 1511/21

RID 25-02-106

Berufung zugelassen

www.juris.de

SGB V §§ 275, 275c

Auch bei einer **unzutreffenden Kodierung** kann das Krankenhaus dann eine **Aufwandspauschale** beanspruchen, wenn die Prüfung nicht zu einer **Minderung der Abrechnung** führt (entgegen BSG, Urt. v. 22.6.2010 - B 1 KR 1/10 R - BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3).

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

b) Keine weiteren Ermittlungen zur Fehlerhaftigkeit der Abrechnung

SG Stuttgart, Urteil v. 28.06.2024 - S 18 KR 2694/23

RID 25-02-107

www.juris.de

SGB V § 275c I 2

Leitsatz: Der Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** (§ 275c Abs. 1 S. 2 SGB V) entfällt nur im Falle einer nachgewiesenen **Fehlerhaftigkeit der Abrechnung**. Sofern es für die Feststellung der Fehlerhaftigkeit der Abrechnung **weiterer Ermittlungen** bedürfte, welche im Rechtsstreit über die Zahlung der Aufwandspauschale nicht anzustellen sind, ist sie nicht nachgewiesen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag i.H.v. 300 € nebst Zinsen zu zahlen.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 13.03.2025 - B 3 KR 8/23 R - haben Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken zur **Versorgung mit parenteralen Zubereitungen** aus Fertigarzneimitteln nach § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V (i.d.F. bis 12.05.2017) eine die Leistungserbringung durch andere Apotheken ausschließende **Exklusivwirkung** (Festhalten an BSG, Urt. v. 25.11.2015 - B 3 KR 16/15 R - BSGE 120, 122 = SozR 4-2500 § 129 Nr. 11). Dieser Wirkung steht hier nicht entgegen, dass die anderen Apotheken, im Wege des sog. **Open-House-Verfahrens** beigetreten sind. Die **spätere Aufhebung der gesetzlichen Grundlage für Exklusivlieferverträge** entzieht der genannten Rspr. nicht rückwirkend die Grundlage. Nach BSG, Urt. v. 13.03.2025 - B 3 KR 9/23 R - haben **Einzelverträge** zwischen Krankenkassen und Apotheken zur **Versorgung mit parenteralen Zubereitungen** aus Fertigarzneimitteln nach § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V (i.d.F. bis 12.05.2017) sowie der Übergangsregelung bis 31.08.2017) eine die Leistungserbringung durch andere Apotheken ausschließende **Exklusivwirkung**. Nach BSG, Urt. v. 13.03.2025 - B 3 KR 16/23 R - zielt der **gesetzliche Preiserhöhungsabschlag** bei Neueinführung eines Arzneimittels auf einen Preisstopp im Verhältnis zu bereits in Verkehr gebrachten Vergleichsarzneimitteln des pharmazeutischen Unternehmers, ohne dass es für das Eingreifen der Abschlagspflicht darauf ankommt, ob **nur ein**

Vergleichsarzneimittel oder mehrere Vergleichsarzneimittel bei Neueinführung bereits in Verkehr gebracht worden waren. Waren - wie hier - bereits mehrere Arzneimittel, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Packungsgröße unter Berücksichtigung der Wirkstärke unterschiedslos am nächsten kommen, in Verkehr gebracht worden, ist als Vergleichspreis für die Abschlagsberechnung ein Durchschnittspreis zu bilden. Ein Vergleich nur mit dem geringsten oder höchsten Preis eines der Vergleichsarzneimittel vermöchte weder den gesamten Preisstand am 1. August 2009 abzubilden noch die mit dem Abschlag verfolgten Ziele einer Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und der angemessenen Beteiligung der pharmazeutischen Unternehmer an der Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu erreichen. Dass nach dem Leitfaden des Beklagten die Durchschnittspreisbildung allein nach dem **arithmetischen Mittelwert** der Preise der Vergleichsarzneimittel erfolgt und **nicht etwa auch deren mengenmäßige Gewichtung** vorsieht, hält sich im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung des Beklagten, das Nähere zum Preiserhöhungsabschlag zu regeln. **Verfassungsrecht** steht den Preiserhöhungsabschlägen nicht entgegen.

1. Apotheken

a) Pharmazeutische Dienstleistungen: Standardisierte Blutdruckmessung (Schiedsspruch)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.10.2024 - L 4 KR 254/22 KL

RID 25-02-108

Revision zugelassen

www.juris.de

SGB V § 129 Ve

§ 129 Abs. 5e SGB V belässt der **Schiedsstelle** nach § 129 Abs. 8 SGB V mangels konkreter gesetzlicher Vorgaben einen besonders **weiten Beurteilungsspielraum** zu den Inhalten und (Anspruchs-)Voraussetzungen sowie der Vergütung **pharmazeutischer Dienstleistungen**. Die Auffassung, dass das von einer Schiedsstelle gefundene Ergebnis „hinnehmbar und vertretbar“ erscheinen müsse (so auch LSG Hessen, Urte. v. 10.12.2003 - L 7 KA 425/02 - juris Rn. 53, RID 04-03-49), wird nicht geteilt.

Die Schiedsstelle durfte die „**Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck**“, wie sie hinsichtlich Inhalt und Voraussetzungen im Schiedsspruch ausgestaltet wurde, als pharmazeutische Dienstleistung i.S.v. § 129 Abs. 5e S. 1 SGB V festlegen. Dem stehen weder Wortlaut noch Begründung dieser Vorschrift entgegen.

Dass die Schiedsstelle als Basis die **Bewertungsgrundlagen des EBM** heranzog und von einer eigenständigen Bewertung pharmazeutischer Dienstleistungen auf der Grundlage einer vom Beigel. vorgelegten betriebswirtschaftlichen Kalkulation Abstand nahm, begründete sie mit der Vergleichbarkeit der festgesetzten pharmazeutischen Dienstleistung mit auch ärztlich erbringbaren Leistungen. Dieses Vorgehen hält der Senat auch deshalb für nachvollziehbar, weil mit dem EBM ein durchgehend betriebswirtschaftlich kalkuliertes, äußerst ausdifferenziertes, seit vielen Jahren etabliertes und der permanenten Anpassung unterliegendes Vergütungssystem für ambulant erbrachte medizinischen Dienstleistungen zur Verfügung steht.

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der bekl. Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V bzgl. pharmazeutischer Dienstleistungen. Das **LSG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.10.2024 - L 4 KR 289/22 KL

RID 25-02-109

www.juris.de

b) Abrechnung der Betäubungsmittelgebühr beim Sichtbezug in der Apotheke

LSG Bayern, Urteil v. 11.03.2025 - L 5 KR 294/22

RID 25-02-110

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 129; AMPPreisV; § 7; BtMVV § 5

Leitsatz: Übernimmt eine Apotheke aufgrund einer Vereinbarung mit dem verordnenden Arzt die **Überlassung des Substitutionsmittels an den Patienten zum unmittelbaren Verbrauch** (sogenannter Sichtbezug), kann die **Gebühr** nach § 7 Arzneimittelpreisverordnung nur einmal bei der Einlösung des Rezepts und nicht bei jeder Abgabe zum unmittelbaren Verbrauch abgerechnet werden.

SG München, Gerichtsbb. v. 10.06.2022 - S 60 KR 658/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. BVerfG: Pharmazeutische Unternehmer/Ausgleich für Abgabepreis

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 31.01.2025 - 1 BvR 602/24

RID 25-02-111

www.juris.de

SGB V § 130b IIIa 9; GG Art. 12 I

Die Verfassungsbeschwerde gegen § 130b Abs. 3a S. 9 SGB V i.d.F.d. Gesetzes zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz - ALBVVG) vom 19. Juli 2023 (BGBl I Nr. 197) wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Vor der Erhebung von Rechtssatzverfassungsbeschwerden sind nach dem **Grundsatz der Subsidiarität** grundsätzlich alle Mittel zu ergreifen, die der geltend gemachten Grundrechtsverletzung abhelfen können. Die Verfassungsbeschwerde ist unzulässig. Sie wendet sich gegen eine Regelung, deren Auslegung und Anwendung fachgerichtlich bislang nicht geklärt ist, obwohl die Beurteilung, inwieweit die Beschwerdeführerin durch die angegriffene Vorschrift beschwert ist, von einer solchen Klärung abhängen kann.

Für den Umfang der Beschwer ist insb. ausschlaggebend, **ob Rückgriffs- oder Ausgleichsansprüche der pharmazeutischen Unternehmer gegenüber den Apotheken und dem pharmazeutischen Großhandel** im Hinblick auf die Zuschläge nach der Arzneimittelpreisverordnung bestehen. Es ist jedenfalls nicht von vornherein ausgeschlossen, dass solche Ansprüche vorliegend in Betracht kommen. Solche können sich aus speziellen Normierungen oder aus allgemeinen Regeln ergeben. Zwar ist zutreffend, dass § 130b SGB V selbst keinen speziellen Rückgriffs- oder Ausgleichsanspruch vorsieht und auch in der Begründung des Gesetzentwurfes kein solcher Anspruch genannt wird. Dies schließt aber nicht aus, dass sich solche Rückgriffs- oder Ausgleichsansprüche möglicherweise aus allgemeinen öffentlich-rechtlichen oder zivilrechtlichen Rechtsgrundlagen, wie bspw. den Regelungen zum Gesamtschuldnerausgleich oder dem Bereicherungsrecht, ergeben. Es ist nicht ersichtlich, dass der Rückgriff auf allgemeine Ausgleichsinstitute verfassungsrechtlich ausgeschlossen wäre.

An der Vereinbarkeit der angegriffenen Regelung mit Art. 12 Abs. 1 GG bestehen jedenfalls dann erhebliche Zweifel, wenn die pharmazeutischen Unternehmer nach § 130b Abs. 3a S. 9 SGB V **Zahlungen erstatten müssten, die ihnen nie zugeflossen sind**, ohne ihrerseits Rückgriffs- oder Ausgleichsansprüche zu haben. Gegenstand der fachgerichtlichen Prüfung wird daher auch sein, ob bei der Auslegung der einfachrechtlichen Vorschriften über zivil- oder öffentlich-rechtliche Ansprüche der pharmazeutischen Unternehmer gegenüber Apotheken bzw. pharmazeutischen Großhändlern diesem Umstand methodengerecht Rechnung getragen werden kann. Dabei wird sich ggf. auch ergeben, wie groß der Durchsetzungsaufwand und wie hoch ein eventuelles Abwicklungsrisiko wäre.

Darüber hinaus ist eine fachgerichtliche Auseinandersetzung mit der steuerrechtlichen Rechtslage im Hinblick auf die Möglichkeit der Bf. zur Geltendmachung einer **Minderung der Bemessungsgrundlage nach § 17 Abs. 1 UStG** angezeigt, durch die jedenfalls eine teilweise Kompensation des durch die angegriffene Regelung bewirkten Eingriffs in die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) aufgrund der Minderung der Umsatzsteuerschuld in Betracht kommt.

Parallelverfahren:

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 31.01.2025 - 1 BvR 1744/24

RID 25-02-112

www.juris.de

3. Hilfsmittelerbringer: Aufnahme von Verhandlungen/Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrunds

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 13.01.2025 - L 10 KR 702/24 B ER

RID 25-02-113

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 127 I; SGG § 86b II

Es erscheint nicht von vornherein ausgeschlossen, § 127 SGB V auch auf die **Versorgung mit Verbandmitteln** anzuwenden. Denn auch insoweit dürfte der allgemeine Grundsatz gelten, wonach die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern schließen (§ 2 Abs. 2 S. 3 SGB V).

Für die **Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrunds** müssen die wirtschaftlichen Folgen bzgl. des Beitritts zu einem Vertrag zur Versorgung mit Verbandmitteln und der Ablehnung individueller Vertragsverhandlungen substantiiert dargetan werden.

SG Münster, Beschl. v. 04.10.2024 - S 22 KR 436/24 ER - juris wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

4. Rechtsschutz bei Streit über Vertragspartnerschaft über die Versorgung mit Hebammenhilfe

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.01.2025 - L 9 KR 94/23

RID 25-02-114

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 134a

Leitsatz: Besteht Streit darüber, wer Partner eines Vertrages nach § 134a SGB V ist, entscheidet hierüber vorrangig die **Schiedsstelle** nach § 134a Abs. 4 SGB V. **Gerichtlicher Rechtsschutz** kann hinsichtlich der Frage der Vertragspartnerschaft erst nach der Entscheidung der Schiedsstelle zulässig in Anspruch genommen werden.

Streitig ist die Berechtigung des beigel. N e.V., den Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V (i.F. Hebammenhilfe-Vertrag, von den Beteiligten auch als „Rahmenvertrag“ bezeichnet) zu verhandeln und zu schließen. Der Kl. ist ein maßgeblicher Berufsverband der Hebammen i.S.d. § 134a Abs. 1 S. 1 SGB V, der Beigel. ein Verband von Hebammen geleiteter Einrichtungen (i.F. HgE) auf Bundesebene. Vereinszweck des Beigel. ist nach § 2a seiner Satzung u.a. die „Vertretung der wirtschaftlichen und beruflichen Interessen der Geburtshäuser/HgE sowie der in diesen tätigen Hebammen gegenüber Politik, Öffentlichkeit, Verbänden und anderen Organisationen“. Ihm gehören 59 HgE/Geburtshäuser und 54 Einzelhebammen als Mitglieder an. **SG Berlin**, Urt. v. 25.01.2023 - S 221 KR 1185/22 - stellte fest, dass der Bekl. verpflichtet ist, die Verhandlungen zum Hebammenhilfe-Vertrag nebst Anlagen ohne Beteiligung des Beigel. fortzuführen. Das **LSG** wies die Klage ab.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Auskünfte an Versicherte: Uneinigkeit der Eltern

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 12.03.2025 - L 5 KR 80/24

RID 25-02-115

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 305

Leitsatz: 1. Der Anspruch aus § 305 Abs. 1 S. 1 SGB V steht nur **Versicherten selbst** zu und kann nicht auch von einem **Elternteil eines minderjährigen Versicherten** im eigenen Namen geltend gemacht werden.

2. Eine verfassungskonform erweiternde Auslegung ist nicht geboten, da das Familienrecht Konfliktlösungsmechanismen für den Fall bereithält, dass sich die **Eltern** als gesetzliche Vertreter über die Geltendmachung des Auskunftsanspruchs **nicht einigen können**.

SG Schleswig, Gerichtsbb. v. 04.07.2024 - S 10 KR 35/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

X. Verfahrensrecht

1. Wiedereinsetzung in den vorigen Stand: Postlauf/Krankheit

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.06.2024 - L 11 KR 1140/24

RID 25-02-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 67

Es liegt im Verantwortungsbereich eines Kl., die **Klage** so **rechtzeitig und ordnungsgemäß aufzugeben**, dass es nach den organisatorischen und betrieblichen Vorkehrungen der Deutschen Post AG den Empfänger fristgerecht erreichen kann. Dabei darf eine Partei zwar grundsätzlich darauf vertrauen, dass werktags im Bundesgebiet aufgegebene Postsendungen am folgenden Werktag im Bundesgebiet ausgeliefert werden. Das **Vertrauen** in den üblichen **Postlauf** ist jedoch nicht schutzwürdig, wenn der Absender erkennen kann, dass der Briefkasten am selben Tag nicht mehr geleert und die Sendung daher erst am nächsten Tag bzw. Werktag befördert wird (BGH v. 20.05.2009 - IV ZB 2/08 - juris Rn. 9).

Eine (eigene) **Krankheit** kann das **Verschulden** einer **Fristversäumnis** entfallen lassen. Jedoch ist dies nur dann der Fall, wenn die Erkrankung in verfahrensrelevanter Form Einfluss auf die Entschluss-, Urteils- und Handlungsfähigkeit des Beteiligten hat. Die Erkrankung muss demnach so schwer sein, dass der Beteiligte selbst nicht handeln kann und auch zur Beauftragung eines Dritten nicht in der Lage ist.

SG Ulm, Gerichtsbb. v. 04.03.2024 - S 16 KR 2474/23 - wies die Klage ab, das **LSG** verwarf die Berufung als unzulässig.

2. Eintritt der Rücknahmefiktion

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 24.08.2023 - L 11 KR 521/23 WA

RID 25-02-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG §§ 67, 156 II 1

Ein Berufungsverfahren wird durch **Eintritt der Rücknahmefiktion** des § 156 Abs. 2 SGG wirksam erledigt, so dass keine Entscheidung in der Sache mehr ergehen kann. Die Rücknahmefiktion tritt bei Vorliegen der Voraussetzungen ipso iure ein und ist von Amts wegen zu beachten.

Bei der Frist des § 156 Abs. 2 S. 1 SGG handelt es sich um eine **Ausschlussfrist**, in die eine **Wiedereinsetzung** von der Rechtsprechung entweder gar nicht für möglich oder jedenfalls grundsätzlich nicht für möglich gehalten wird, es sei denn, dass ein Fall höherer Gewalt vorliegt.

SG Köln, Urt. v. 02.08.2021 - 42 KR 1335/17 - wies die Klage ab, das **LSG** stellte fest, dass die Berufung als zurückgenommen gilt.

3. Kosten einer Untätigkeitsklage: Mangelhafte Verwaltungsorganisation

SG Darmstadt, Beschluss v. 11.04.2025 - S 8 KR 41/24

RID 25-02-118

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 193

Leitsatz 1. Kosten für eine trotz Mitteilung über die Entscheidung über den Widerspruch erhobene **Untätigkeitsklage** sind vor dem Hintergrund des **Veranlassungsprinzips** nur anteilig zu erstatten, da einerseits die Untätigkeitsklage aufgrund des Ablaufs der Frist und die Nicht-Entscheidung ohne zureichenden Grund zulässig und begründet war, andererseits die Klägerseite das Verfahren maßgeblich veranlasst hat.

2. Es erscheint bei dieser Sachlage aber unangemessen, der Klägerseite die vollen Kosten des Verfahrens aufzuerlegen. Dadurch würde die **mangelhafte Verwaltungsorganisation** der Beklagten, über den Widerspruch rechtzeitig zu entscheiden, anerkannt. Eine mangelhafte Verwaltungsorganisation ist aber regelmäßig nicht als zureichender Grund für die Untätigkeit der Behörde anzusehen. Auch im Rahmen einer Kostenentscheidung kann damit keine Rechtfertigung der Untätigkeit erfolgen.

Das **SG** beschloss, dass die Bekl. der Kl. ihre außergerichtlichen Kosten zur Hälfte zu erstatten hat.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Lipoproteinapheresetherapie: Votum der Apherese-Kommission

BSG, Urteil v. 16.05.2024 - B 1 KR 40/22 R

RID 25-02-119

BSGE = SozR 4-2500 § 27 Nr. 33 = GesR 2024, 711 = KrV 2024, 243 = SGB 2025, 45

Leitsatz: 1. Eine **Krankenkasse** hat die Indikation für eine **Apherese-Behandlung** eigenständig und umfassend zu **prüfen** und kann hierfür den Medizinischen Dienst beauftragen.

2. Einem Votum der **Apherese-Kommission** kommt keine tatsächliche oder rechtliche Bindungswirkung gegenüber der Krankenkasse zu.

2. Kryokonservierung nach geschlechtsangleichender Behandlung

BSG, Urteil v. 28.08.2024 - B 1 KR 28/23 R

RID 25-02-120

BSGE = SozR 4-2500 § 27a Nr. 23 = GesR 2025, 126 = KrV 2025, 22

Leitsatz: 1. Eine zur **Unfruchtbarkeit** führende **Geschlechtsangleichung** von Mann zu Frau kann einen Anspruch auf **Kryokonservierung** von Samenzellen begründende keimzellschädigende Therapie sein.

2. Ein **Anspruch auf Kryokonservierung** von Ei- oder Samenzellen besteht grundsätzlich nur im Zusammenhang mit **keimzellschädigenden Therapien**, auf die Versicherte nach dem SGB V Anspruch haben.

3. Kostenerstattungsanspruch (§ 13 Abs. 2 SGB V) nach Tod des Versicherten

BSG, Urteil v. 25.06.2024 - B 1 KR 39/22 R

RID 25-02-121

BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 58 = GesR 2024, 793 = ZEV 2024, 838 = NZS 2025, 227 = NJW 2025, 1149 = SGB 2025, 234

Leitsatz: 1. Das **Ende des Versichertenstatus** in der gesetzlichen Krankenversicherung steht bei **gewählter Kostenerstattung** anstelle der Sachleistung dem Kostenerstattungsanspruch auch dann nicht entgegen, wenn Forderungen von Leistungserbringern erst danach fällig oder beglichen werden.

2. Liegen die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Sachleistung vor, erwirbt ein Versicherter, der in der gesetzlichen Krankenversicherung Kostenerstattung gewählt hat, mit der Inanspruchnahme des Leistungserbringers eine gefestigte Rechtsposition im Sinne einer **Anwartschaft auf Kostenerstattung**.

3. Im Falle des Todes eines Versicherten, der in der gesetzlichen Krankenversicherung Kostenerstattung gewählt hat, gehen Ansprüche auf Kostenerstattung sowie Rechtspositionen im Sinne einer Anwartschaft auf Kostenerstattung auf die Erben nicht nach den die **Rechtsnachfolge** betreffenden Vorschriften des SGB I, sondern nach den zivilrechtlichen Vorschriften über.

4. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Landesvertragliche Regelung: Erstuntersuchung als vorstationäre Behandlung

BSG, Urteil v. 25.06.2024 - B 1 KR 12/23

RID 25-02-122

BSGE = SozR 4-2500 § 112 Nr. 11 = GesR 2024, 672 = SGB 2024, 616 = Die Leistungen Beilage 2024, 471 = ZMGR 2024, 327

Leitsatz: 1. Die Vertragspartner der zweiseitigen Verträge über Krankenhausbehandlung auf Landesebene (Sicherstellungsverträge) sind nicht ermächtigt, über die bundesrechtlich abschließend festgelegten Entgelte hinausgehende **Vergütungstatbestände für unselbstständige Bestandteile** allgemeiner Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser festzulegen.

2. Die gesetzliche Definition der **Arten der Krankenhausbehandlung** im SGB V ist abschließend und durch eine Regelung in einem Sicherstellungsvertrag nicht erweiterbar.

3. Gegen den ausdrücklichen **Willen des Patienten** kann eine stationäre Aufnahme grundsätzlich nicht erfolgen.

b) Intensivmedizinische Komplexbehandlung - Behandlungsleitung durch Intensivmediziner

BSG, Urteil v. 25.06.2024 - B 1 KR 20/23 R

RID 25-02-123

SozR 4-2500 § 109 Nr. 93 = KrV 2024, 197 = ZMGR 2024, 271 = GesR 2024, 730 = KH 2024, 1122 = KRS 2024, 358 = Die

Leistungen Beilage 2025, 85

Leitsatz: Die Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ erfordert bei einer **intensivmedizinischen Behandlung**, dass ein solcher Facharzt zumindest einmal täglich persönlich auf der Intensivstation **anwesend** ist und im Übrigen eine durchgehende Rufbereitschaft besteht.

c) Übergangsvereinbarung und Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen

BSG, Urteil v. 28.09.2024 - B 1 KR 18/23 R

RID 25-02-124

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Der **Aufrechnung einer Krankenkasse** steht nicht das Aufrechnungsverbot nach § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V entgegen. Die in der am 10.12.2019 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen **Übergangsprüfverfahrensvereinbarung** zur „Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG vom 03.02.2016“ 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.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 28.08.2024 - B 1 KR 25/24 R

RID 25-02-125

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

BSG, Urteil v. 28.08.2024 - B 1 KR 24/24 R

RID 25-02-126

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

BSG, Urteil v. 28.08.2024 - B 1 KR 23/24 R

RID 25-02-127

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

5. Pharmazeutische Unternehmer

a) Arzneimittelnutzenbewertung: Keine Ermächtigung des GBA zur Erweiterung

BSG, Urteil v. 05.09.2024 - B 3 KR 5/23 R

RID 25-02-128

BSGE = SozR 4-2500 § 35a Nr. 9 = GesR 2025, 35 = KrV 2025, 32

Leitsatz: Zu einer **Erweiterung des Anwendungsbereichs der Arzneimittelnutzenbewertung** gegenüber Gesetz und Verordnung in seiner Verfahrensordnung ist der **Gemeinsame Bundesausschuss** nicht ermächtigt.

b) Obligatorische Nutzenbewertung: Neue Wirkung eines bekannten Wirkstoffes (Ivermectin)

BSG, Urteil v. 05.09.2024 - B 3 KR 22/22 R

RID 25-02-129

BSGE = SozR 4-2500 § 35a Nr. 10 = GesR 2025, 39 = KrV 2025, 28 = PharmR 2025, 166

Leitsatz: Besteht der europarechtlich determinierte Unterlagenschutz für das erstmalig in zumindest einem Mitgliedstaat der Europäischen Union zugelassene Arzneimittel mit dem neuen Wirkstoff nicht mehr, ist die **obligatorische Nutzenbewertung eines Arzneimittels** mit diesem Wirkstoff ausgeschlossen.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Abrechnungsbetrug gegenüber der KV

VG Ansbach, Urteil v. 14.06.2024 - AN 4 K 23.219

RID 25-02-130

www.juris.de

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Einer Fachärztin für Nervenheilkunde mit u.a. der Berechtigung zur Abrechnung der analytischen und tiefenpsychologischen Psychotherapie bei Erwachsenen kann nach rechtskräftiger **Verurteilung** wegen **Betrugs in 22 Fällen** (in den Quartalen III/15 bis IV/20 wurden 1.745 Behandlungen gegenüber der KV vorsätzlich zu Unrecht abgerechnet, Schaden: 106.489,74 €) zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren, ausgesetzt zur Bewährung auf drei Jahre, und der Auflage, Schadenswiedergutmachung in Höhe von mindestens 600.000 € an die KV zu leisten, die **Approbation** wegen **Berufsunwürdigkeit widerrufen** werden.

Die **korrekte Abrechnung** der ärztlichen Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen gehört zu den **Berufspflichten eines Arztes**. Die Gefährdung der finanziellen Basis der Kassen durch betrügerische Falschabrechnungen in großem Umfang ist eine gravierende berufliche Verfehlung, die ohne Weiteres zur Berufsunwürdigkeit führen kann. Eines zusätzlichen „behandlungsrelevanten Aspekts“ bedarf es insoweit nicht (VGH Bayern, Beschl. v. 11.05.2016 - 21 ZB 15.2776 - juris Rn. 11, RID 16-03-198 unter Verweis auf BVerwG, Beschl. v. 20.09.2012 - 3 B 7/12 - RID 12-04-133). Hinzu kommt, dass das Patientenvertrauen durch die Bereitschaft der Klägerin, nicht erbrachte Leistungen im Rahmen fingierter und nicht wahrgenommener Sitzungen abzurechnen, erschüttert wird.

bb) Streitwert: Kein neuer Vortrag im Beschwerdeverfahren

VGH Bayern, Beschluss v. 01.04.2025 - 21 C 25.250

RID 25-02-131

www.juris.de

GKG §§ 52 I, 68

Es ist nicht zu beanstanden, dass das Verwaltungsgericht in **Approbationsverfahren** in Übereinstimmung mit Nr. 16.1 des **Streitwertkatalogs** einen (Mindest-)Streitwert von 30.000 € festsetzt, wenn sich aus dem Vorbringen des Kl. keine Anhaltspunkte für den erzielten oder erwarteten Verdienst aus der ärztlichen Tätigkeit ergeben (vgl. auch OVG Bremen, Beschl. v. 13.3.2019 - 2 S 22/19 - juris Rn. 2). Mit der erstmals im **Verfahren der Streitwertbeschwerde** erfolgten Berufung des Kl. auf seinen **tatsächlichen Jahresverdienst** in den Jahren 2016 bis 2024 kann der Kl. nachträglich keine Erhöhung des Streitwerts erreichen. Maßgeblich für die Streitwertbemessung ist nämlich die Bedeutung der Sache für den Kl., wie sie sich dem Verwaltungsgericht bei seiner abschließenden Entscheidung auf Grund des streitgegenständlichen Antrags darstellt. Nach unanfechtbarem Abschluss des Verfahrens ist für ein Nachschieben streitwertrelevanter Erklärungen kein Raum mehr.

b) Berufserlaubnis

aa) Berufsausübung nur in Anwesenheit und unter Aufsicht eines approbierten Arztes

VGH Bayern, Beschluss v. 31.01.2025 - 21 CS 24.1868

RID 25-02-132

www.juris.de

BÄO §§ 3 III 1, 10 III; VwGO § 80

Es kann in einer Berufserlaubnis die **Nebenbestimmung** getroffen werden, dass ein Arzt den ärztlichen Beruf **nur in Anwesenheit** und unter Aufsicht eines **approbierten Arztes** ausüben darf, was gleichzeitig eine in der alleinigen Verantwortung des Arztes liegende Übernahme von Bereitschafts-, Notfall-, Wochenend- und Nachtdiensten ausschließt, wenn der Ausbildungsstand des Arztes diese Einschränkung rechtfertigt, weil der Ausbildungsstand als offen zu betrachten ist, da eine Gleichwertigkeit noch nicht festgestellt worden ist.

bb) Keine Verlängerung der zahnärztl. Berufserlaubnis wegen Klage auf Erteilung der Approbation

VG Bremen, Beschluss v. 10.03.2025 - 5 V 121/25

RID 25-02-133

www.juris.de

ZHG § 13 III

Leitsatz: Zur Frage des **besonderen Einzelfalls** im Sinne von § 13 Abs. 3 ZHG bei langwierigem behördlichen Verfahren und anhängiger **Klage auf Erteilung der Approbation** (hier abgelehnt).

cc) Anerkennung eines nordzypriotischen Ausbildungsnachweises als Zahnarzt

VG Bremen, Urteil v. 06.03.2025 - 5 K 2301/23

RID 25-02-134

www.juris.de

ZHG § 13 I

Leitsatz: Anerkennung eines **nordzypriotischen Ausbildungsnachweises** als **Zahnarzt** als abgeschlossene zahnärztliche Ausbildung.

c) Psychotherapeutenprüfung

aa) Keine zeitliche Konsekutivität als unüberwindbare „Zulassungsschranke“

VG Bayreuth, Beschluss v. 12.02.2025 - B 8 E 25.81

RID 25-02-135

www.juris.de

PsychThG §§ 9, 23; VwGO § 123

Das Verständnis, es komme dem Gesetzgeber gerade darauf an, dass das **Studium (mindestens) fünf Jahre** dauern solle, was nur durch die **(zeitlich) konsekutive Abfolge** erreicht werden könne, sowie es nicht schnellstmöglich zu einer nur punktuellen Abprüfung in der Examenssituation kommen solle, sondern die Ableistung und Erfahrung dieser Studienzeiten, die auch wichtige praktische Elemente enthielten, maßgeblich sei, **teilt die Kammer nicht**. Gem. § 9 Abs. 1 S. 3 PsychThG dauert das Studium in Vollzeit fünf Jahre. Nach § 2 PsychThApprO beträgt die sog. Regelstudienzeit nach § 10 Abs. 2 HRG für den Bachelorstudiengang drei Jahre und für den Masterstudiengang zwei Jahre. § 9 Abs. 1 S. 3 PsychThG stellt mit der expliziten **Anordnung der Mindestdauer** sicher, dass das psychotherapeutische Studium eine Ausbildung auf dem Niveau e der Berufsanererkennungs-Richtlinie 2005/36/EG ist, sodass die Anerkennung von Berufsqualifikationen auf Niveau a dieser Richtlinie ausgeschlossen werden kann, was durch § 13 Abs. 2 PsychThG erfolgt ist (BT-Drs. 19/9770, S. 53). Eine darüber hinausgehende Intention des Gesetzgebers mit der Formulierung in § 9 Abs. 3 PsychThG findet sich in den Gesetzesmaterialien nicht. Die **zeitliche Konsekutivität als unüberwindbare „Zulassungsschranke“** erschließt sich bei Anlegung eines vernünftigen Maßstabs nicht, wenn die Kenntnisse und Fähigkeiten tatsächlich vor Zulassung zur Prüfung erworben wurden.

bb) Psychotherapeutengesetz: Bachelorstudium der Psychologie

VG Berlin, Urteil v. 26.03.2025 - 12 K 400/23

RID 25-02-136

www.juris.de

PsychThG § 9

Ein an der **Philipps-Universität Marburg absolvierte Bachelorstudium der Psychologie** entspricht nicht den **Anforderungen des Psychotherapeutengesetzes** neuer Fassung.

2. Strafrecht

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Totschlag in mittelbarer Täterschaft bei Suizidhilfe durch einen Arzt

BGH, Beschluss v. 29.01.2025 - 4 StR 265/24

RID 25-02-137

www.juris.de

StGB §§ 17, 25 I, 212 I, 213

Die Revision des Angekl. gegen LG Essen, Urt. v. 01.02.2024 - 32 Ks-70 Js 354/20-5/23 - juris = medstra 2024, 329 = MedR 2024, 919, RID 24-02-80 wird verworfen. Das LG hatte den Angekl. wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren verurteilt.

Nach den Urteilsfeststellungen leistete der Angeklagte, **Facharzt für Neurologie und Psychiatrie**, dem Geschädigten am 31.08.2020 **Suizidhilfe**, obwohl er erkannt hatte, dass dessen Selbsttötungsentscheidung durch eine akute psychische Erkrankung krankheitswertig beeinträchtigt und daher nicht freiverantwortlich war.

Die Überprüfung des Urteils aufgrund der vom Angekl. erhobenen Rügen der Verletzung formellen und materiellen Rechts hat keinen Rechtsfehler zu seinem Nachteil ergeben. Das Urteil ist damit rechtskräftig.

Vgl. Mitteilung der Pressestelle des BGH Nr. 81/2025 v. 28.04.2025, <https://juris.bundesgerichtshof.de>.

bb) Abrechnung unter anderer LANR/Falsche Datumsangabe

BGH, Urteil v. 23.10.2024 - 5 StR 382/23

RID 25-02-138

www.juris.de

StGB § 263

Zutreffend ist das Landgericht davon ausgegangen, dass in jedem Fall, in dem Leistungen unter der LANR eines anderen Arztes abgerechnet wurden, eine **Täuschung über einen abrechnungsrelevanten Umstand** vorliegt. Eine **arztbezogene Kennzeichnungspflicht** mit der LANR besteht grundsätzlich auch in fachgebietsgleichen Berufsausübungsgemeinschaften (vgl. BSG, Beschl. v. 01.03.2023 - B 6 KA 10/22 B - juris Rn. 14 m.w.N.). Gleiches gilt für **Datumsangaben**: Ohne eine wahrheitsgemäße Angabe des Datums der Leistungserbringung konnte die KV eine arztbezogene Plausibilitätsprüfung des Umfangs der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand nach § 106a Abs. 2 Satz 2 SGB V ebf. nicht durchführen.

Die **Strafzumessung** des Landgerichts zu diesen Fällen ist rechtsfehlerfrei. Es hat zutreffend strafmildernd gewichtet, dass die abgerechneten Leistungen zum Teil fachgerecht erbracht wurden und bei Angabe zutreffender Daten grundsätzlich abrechnungsfähig gewesen wären. Dass sie hierzu solche Leistungen nicht gezählt hat, die von Therapeuten ohne die erforderliche Qualifikation erbracht wurden, ist nicht zu beanstanden. Derartige Behandlungen sind für den Kostenträger wertlos.

Jedoch hält die **konkurrenzrechtliche Bewertung** der im Zusammenhang mit der Abrechnung von therapeutischen Leistungen begangenen Betrugstaten (Fälle 22 bis 429) sachlich-rechtlicher Nachprüfung nicht stand.

Die Entscheidung über die **Einziehung des Wertes von Taterträgen** erweist sich ebenfalls als rechtsfehlerhaft.

b) Anästhesist: Unzureichende Ausstattung/Mehrfachverwendung einer Propofol-Flasche

LG Frankfurt a. M., Urteil v. 01.11.2024 - 5/01 Ks - 7120 Js 247600/21 (1/24)

RID 25-02-139

www.juris.de

StGB §§ 212, 223, 224, 227, 244 I; BGB § 630e

Wird durch ein **Arzneimittel falscher Qualität** eine Gesundheitsbeschädigung verursacht, hier **kontaminiertes Propofol**, das bei den Kindern eine Sepsis und infolgedessen ein Multiorganversagen auslöst, so ist der objektive Tatbestand der **gefährlichen Körperverletzung** i.S.v. § 224 Abs. 1 Nr. 1 StGB erfüllt. Die Narkotisierung der Kinder erfüllt jeweils auch den Tatbestand einer Körperverletzung mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung nach § 224 Abs. 1 Nr. 5 StGB.

Die Wirksamkeit der Einwilligung in eine mit einem körperlichen Eingriff verbundene ärztliche Behandlungsmaßnahme setzt eine **ordnungsgemäße Aufklärung** des Patienten voraus.

Ein Anästhesist genügt nicht seiner **Aufklärungspflicht**, wenn er den Sorgeberechtigten der minderjährigen Patienten einen von ihm selbst entworfenen Aufklärungsbogen zukommen lässt, in dem es bereits an einer Aufklärung über den Tod als mögliche Folge einer Vollnarkose fehlt. Vielmehr wird im Formular gerade deren Ungefährlichkeit betont und auch wahrheitswidrig eine technische Ausstattung auf dem Stand der Technik suggeriert („Unsere speziellen Narkose- und Überwachungsgeräte entsprechen den Narkosesicherheitsstufen für Anästhesiearbeitsplätze, wie sie von unserem Berufsverband vorgeschrieben sind.“). Insb. hätte der Angekl. vorliegend darauf hinweisen müssen, dass die Vollnarkose nicht entsprechend den ärztlichen Standards durchgeführt wird, was die üblichen Risiken einer Vollnarkose wesentlich erhöht und spezifische weitere Risiken mit sich bringt. Der Angekl. hätte die Sorgeberechtigten insb. eindringlich über die Risiken belehren müssen, die sich daraus ergeben, dass er die **Vollnarkose entgegen der Regeln der ärztlichen Kunst ohne medizinische Hilfskraft und unter aseptischen Bedingungen** vornimmt und eine **ordnungsgemäße Überwachung** weder ununterbrochen während der laufenden Narkose noch im Anschluss an die Narkose gewährleistet ist. Er hätte weiter auch darauf hinweisen müssen, dass das Risiko von Komplikationen und sogar tödlichen Verläufen aus der Kombination dieser Aspekte steigt.

Der Tatbestand der **Körperverletzung mit Todesfolge** (§ 227 StGB), der das Vorliegen einer für den Todeseintritt kausalen objektiven Sorgfaltspflichtverletzung voraussetzt, ist erfüllt, wenn der Arzt zur Narkosebehandlung keine Assistenzkraft als Unterstützung heranzieht und die Narkosen der Kinder insb. unter mehrfacher Verwendung einer Propofol-Flasche einleitet, die er bereits für mehrere Patienten zuvor verwendet hatte. Der tatsächliche Geschehensablauf, der die Körperverletzung mit der Todesfolge verknüpft, liegt hier gerade nicht außerhalb der Lebenswahrscheinlichkeit, vielmehr haftete den Eingriffen unter Abweichungen vom medizinischen Standard gerade die spezifische Gefahr auch todbringender Komplikationen und Unbeherrschbarkeiten an. Dies gilt insb. für die **Mehrfachverwendung ein- und derselben Propofol-Flasche zur Narkoseeinleitung** bei mehreren Patienten, die gerade wegen der hiermit einhergehenden Gefahr durch den Hersteller und die Fachinformationen ausdrücklich untersagt ist.

Durch das **Unterlassen der gebotenen Krankenhauseinweisung** der kritisch kranken R hat sich der Angekl. zudem in Tateinheit des Totschlags durch Unterlassen zu ihrem Nachteil schuldig gemacht. Nach Erkennen der Symptome eines kritischen Schockzustandes, wobei sich eine Sepsis als Ursache aufdrängte, liegt dem Unterlassen des Einleitens von Rettungsmaßnahmen ein Vorsatzwechsel von der Körperverletzung zum Totschlag zugrunde.

Der Angekl. betrieb auch zum Zeitpunkt der Taten eine mobile Anästhesie- und Notfallpraxis, die sich auf ambulante Narkosen in Zahnarztpraxen spezialisiert hatte. Er behandelte dabei ca. 500 Kinder im Alter zwischen 1,5 und 12 Jahren und ca. 600 Erwachsene pro Jahr. Aufgrund seiner fehlerhaften Behandlung am 28.09.2021 erkrankten die Kinder P, Q, T und R, die sich am 28.09.2021 einer zahnärztlichen Behandlung unter Vollnarkose unterziehen mussten, an einer Sepsis. R verstarb noch in der darauffolgenden Nacht in Anwesenheit des Angekl. in den Räumen der Zahnarztpraxis. Das **LG** verurteilte den Angekl. wegen Körperverletzung mit Todesfolge in Tateinheit mit Totschlag, der gefährlichen Körperverletzung in drei Fällen sowie des versuchten Totschlags in drei Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 10 Jahren und 6 Monaten, von denen ein Monat als bereits vollstreckt gilt. Ferner untersagte es dem Angekl. für die Dauer von drei Jahren, den Beruf des Arztes auszuüben.

c) Fehlende Aufklärung über Zangengeburt

LG Düsseldorf, Urteil v. 21.02.2024 - 1 Ks 13/23

RID 25-02-140

www.juris.de

StGB §§ 223, 227; BGB § 630e

Die mit dem **Einsatz der Geburtszange** und mit dem bei der Nebenkl. vorgenommenen **Dammschnitt** verbundenen körperlichen Eingriffe erfüllen jeweils den Tatbestand der **vorsätzlichen Körperverletzung** (§ 223 Abs. 1 StGB) sowohl zum Nachteil der Nebenkl. als auch zum Nachteil des Kindes AT. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurden (BGH, Urt. v. 22.12.2010 - 3 StR 239/10 - NStZ 2011, 343).

Die in den §§ 630d, 630e BGB getroffenen Regelungen sind grundsätzlich auch für die Beurteilung der strafrechtlichen Haftung - insb. für die Beurteilung der **Rechtswidrigkeit eines ärztlichen Eingriffs** - maßgebend, so dass ein ohne wirksame **Einwilligung** vorgenommener und den Tatbestand der Körperverletzung erfüllender ärztlicher Eingriff grundsätzlich rechtswidrig ist.

Die nach Eintritt des Geburtsstillstandes bestehenden **medizinischen Optionen** - vaginale Entbindung unter Verwendung einer Zange sowie Kaiserschnittentbindung (sekundäre sectio) - bedürfen einer zumindest kurzen **Aufklärung**, wenn die Vitalwerte des Kindes vor dem Einsatz der Zange noch im Normbereich liegen. Dies gilt umso mehr, als bekannt war, dass sich die Nebenkl. zuvor bereits für eine Entbindung durch eine sekundäre sectio ausgesprochen hatte.

d) Ausstellen unrichtiger Zeugnisse: Vollendungszeitpunkt

LG Mannheim, Urteil v. 16.07.2024 - E 12 NBs 206 Js 18707/23

RID 25-02-141

www.juris.de = MedR 2025, 226

StGB §§ 26, 28 I, 278

Eine Ärztin macht sich als Haupttäterin wegen **Ausstellens unrichtiger Zeugnisse über den Gesundheitszustand** strafbar, wenn sie eine vorherige Untersuchung unterlässt. Die Tat ist durch das rein - interne - Anfertigen der Atteste vollendet, ohne dass es hierzu eines zusätzlichen Begebungsaktes (Entäußerungsaktes) in Form der Herausgabe der (eingescannten) Atteste an die Patientin bzw. der Übergabe an das Praxispersonal zur Herausgabe der (eingescannten) Atteste an die Patientin bedarf. Die Patientin macht sich wegen **Anstiftung** zum Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse gem. §§ 278, 26 StGB strafbar.

e) Klageerzwingungsverfahren wegen sexuellen Missbrauchs

OLG Stuttgart, Beschluss v. 07.11.2024 - 1 Ws 1/21

RID 25-02-142

www.juris.de

StGB § 174c II; StPO § 172 III 1

Voraussetzung einer Strafbarkeit nach § 174c Abs. 2 StGB ist das Anvertrautsein in einem psychotherapeutischen Behandlungsverhältnis. Der Senat verkennt hierbei nicht, dass vorliegend das formelle Behandlungsverhältnis mit der **Beendigung der stationären Reha-Maßnahme** beendet war. Nach einer förmlichen Beendigung der Behandlung liegt ein Behandlungsverhältnis regelmäßig nicht mehr vor. Da aber von vornherein das Vorliegen eines Vertragsverhältnisses nicht vorausgesetzt wird, können im Einzelfall auch **nachvertragliche Vertrauensbeziehungen** missbraucht werden. Vorauszusetzen ist nur, dass auch danach noch eine auf Behandlung gerichtete Tätigkeit angestrebt wird und das Opfer eine fürsorgliche Tätigkeit des Täters entgegennimmt. Gemessen an diesen Maßstäben besteht aufgrund der in diesem Einzelfall gegebenen Gesamtumstände - insb. dem vorausgegangenen Therapieverhältnis, dem Kontaktangebot während der stationären Behandlung, dem auch nach Ende der stationären Behandlung fortbestehenden Behandlungsbedarf bei der Ast., mit dem sich diese erneut hilfeschend an den Beschuldigten wendet, sowie dem engen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem stationären Aufenthalt und den behaupteten sexuellen Handlungen - ein hinreichender Tatverdacht hinsichtlich eines faktischen Behandlungsverhältnisses im Tatzeitraum.

BVerfG, 2. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 19.09.2024 - 2 BvR 350/21 - RID 24-04-99 stellte fest, dass OLG Stuttgart, Beschl. v. 20.01.2021 - 1 Ws 1/21 - die Bf. in ihrem Recht aus Art. 19 Abs. 4 GG verletze. Es hob den Beschl. auf und verwies die Sache an das OLG Stuttgart zurück. Im Übrigen nahm es die Verfassungsbeschwerde nicht zur

Entscheidung an. Das **OLG** hob den Einstellungsbescheid der Staatsanwaltschaft Stuttgart v. 01.10.2020 und der Beschwerdebescheid der Generalstaatsanwaltschaft Stuttgart v. 26.11.2020 auf und ordnete die Erhebung der öffentlichen Klage gegen den Beschuldigten wegen des sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses in drei tatmehrheitlichen Fällen (§ 174c Abs. 2 a.F. StGB) an (§ 175 StPO).

3. Berufspflichten

a) Machtausübung über Patienten und Klienten: Verhängung einer empfindlichen Geldbuße

Gerichtshof für die Heilberufe Niedersachsen, Urteil v. 29.10.2024 - 5 S 1/23

RID 25-02-143

www.juris.de

BO Niedersachsen Psychotherapeuten §§ 5, 6, 8

Leitsatz: 1. Fügt die Psychotherapeutenkammer ihrer **Antragsschrift** ein als solches bezeichnetes „Gutachten“ einer erfahrenen und ausgewiesenen „Sachverständigen“ bei, kann dies den rechtlichen Anforderungen an die Konkretisierung des Sachverhalts und der Vorwürfe in einer Antragsschrift genügen.

2. Ein **Psychotherapeut** verletzt seine **Pflicht zur ordnungsgemäßen Berufsausübung** dadurch,
- dass er Patienten im Anschluss an eine Therapie in einer ersten Phase zu Weiterbildungsassistenten gegen Honorar ausbildet und ihnen sodann Praxisräume für die Arbeit mit eigenen Klienten vermietet.
 - dass er seine Patienten immer wieder für Garten- und Hausarbeiten auf dem Gelände seines Privathauses und seines Praxisgrundstücks einsetzt.
 - dass er seine Patienten auffordert, ihn in dem Internet-Portal JAMEDA positiv zu bewerten.
 - dass er für einen Patienten Geldbeträge anlegt.
 - dass er einen Patienten bittet, für den Beschuldigten die Abschlussarbeit im Rahmen einer Weiterbildung zu fertigen.
 - dass er einen Patienten auffordert, Nackt-Aufnahmen der Partnerin des Patienten auszuhändigen sowie den Geruch ihrer Vagina und die Erregbarkeit ihrer Brustwarzen zu beschreiben.
 - dass er im Rahmen einer Therapiesitzung mit dem Fuß die bekleidete Brust einer Patientin berührt und sie danach fragt, ob sie im Intimbereich rasiert sei.
 - dass er eine Patientin auffordert, ihm ihre Passwörter für Dating-Plattformen zu offenbaren.
 - dass er die Teilnehmer einer Therapie-Gruppe auffordert, ihn als „Meister“ anzusprechen und ihm regelmäßig huldigende Briefe zu schicken.
3. Zu den Voraussetzungen der **Verhängung einer empfindlichen Geldbuße** in der Nähe des höchstens zulässigen Betrages.
4. Zu den Voraussetzungen der Feststellung der **Berufsunwürdigkeit** bei solchen Verfehlungen, denen **keine Straftat** des Berufsträgers zugrunde liegt.

b) Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.03.2023 - 36 A 1497/22.T

RID 25-02-144

www.juris.de

HeilBerG NRW § 29 II 3; BO § 18 II 1

Ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin verstößt durch das Führen seiner **Praxis** in der **Rechtsform** einer „**private company limited by shares**“ namens „Q. Ltd.“ nicht gegen seine Berufspflichten aus § 29 Abs. 2 S. 3 HeilBerG NRW i.V.m. § 18 Abs. 2 S. 1 BO. Die vorgenannten Vorschriften verstoßen in ihrem Regelungszusammenhang gegen das **Wesentlichkeitsgebot** und sind im Übrigen zu **unbestimmt**, als dass hieran der Vorwurf einer Berufspflichtverletzung geknüpft werden könnte. Die Frage, in welcher Rechtsform der ärztliche Beruf ausgeübt werden darf, ist von grundlegender Bedeutung und daher vom Gesetzgeber selbst zu regeln.

4. EuGH: Zulässiges Verbot der Beteiligung reiner Finanzinvestoren an Rechtsanwaltsgesellschaft

EuGH, Beschluss v. 19.12.2024 - C-295/23

RID 25-02-145

www.juris.de = NJW 2025, 425

EGRL 123/2006 Art. 15 II Buchst. c, III; AEUV Art. 63

Das **Verbot der Beteiligung reiner Finanzinvestoren an einer Rechtsanwaltsgesellschaft** ist zulässig. Ein solches Verbot ist gerechtfertigt, um die anwaltliche Unabhängigkeit zu gewährleisten.

Ein **Mitgliedstaat** darf die **Beteiligung reiner Finanzinvestoren** am Kapital einer Rechtsanwaltsgesellschaft verbieten. Eine solche Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und des freien Kapitalverkehrs ist durch das Ziel gerechtfertigt, zu gewährleisten, dass Rechtsanwälte ihren **Beruf unabhängig** und unter Beachtung ihrer **Berufs- und Standespflichten** ausüben können.

Die deutsche Rechtsanwaltsgesellschaft Halmer Rechtsanwaltsgesellschaft klagt beim Bayerischen Anwaltsgerichtshof gegen einen Bescheid der Rechtsanwaltskammer München vom 9. November 2021, mit dem ihre Zulassung zur Rechtsanwaltschaft widerrufen wurde, nachdem eine österreichische Gesellschaft mit beschränkter Haftung Geschäftsanteile an ihr zu rein finanziellen Zwecken erworben hatte. Nach der zeitlich relevanten deutschen Regelung konnten nur Rechtsanwälte und Angehörige bestimmter freier Berufe Gesellschafter einer Rechtsanwaltsgesellschaft werden.

Der Bayerische Anwaltsgerichtshof hat den Gerichtshof zur Vereinbarkeit dieser Regelung mit dem Unionsrecht befragt.

Der **Gerichtshof** antwortet, dass das **Unionsrecht** – genauer der freie Kapitalverkehr und die Dienstleistungsrichtlinie, die die Niederlassungsfreiheit konkretisiert – einer **nationalen Regelung nicht entgegensteht**, nach der es unzulässig ist, dass **Geschäftsanteile an einer Rechtsanwaltsgesellschaft auf einen reinen Finanzinvestor übertragen werden**, und die bei Zuwiderhandlung den Widerruf der Zulassung der Gesellschaft zur Rechtsanwaltschaft vorsieht.

Diese Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und des freien Kapitalverkehrs ist durch **zwingende Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt**. Ein Mitgliedstaat kann nämlich legitimerweise davon ausgehen, dass ein Rechtsanwalt nicht in der Lage wäre, seinen Beruf unabhängig und unter Beachtung seiner Berufs- und Standespflichten auszuüben, wenn er einer Gesellschaft angehörte, zu deren Gesellschaftern Personen zählen, die ausschließlich als reine Finanzinvestoren handeln, ohne den Rechtsanwaltsberuf oder einen anderen, vergleichbaren Regeln unterliegenden Beruf auszuüben. Eine solche Beschränkung geht nicht über das hinaus, was zur Erreichung des verfolgten Ziels erforderlich ist.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 202/24 v. 19.12.2024 - <https://curia.europa.eu>

5. Hohes Chefarztgehalt für Vertragsarzt: Wirksamkeit des Arbeitsvertrages/Zuweiserverhalten

LAG Schleswig-Holstein, Urteil v. 05.03.2024 - 2 Sa 125 öD/23

RID 25-02-146

www.juris.de

BGB § 134; StGB § 299a

Leitsatz: Allein die Vereinbarung einer aus Sicht der Arbeitgeberseite **überhöhten Vergütung** kann das Vorliegen einer nach § 299a StGB erforderlichen **Unrechtsvereinbarung** nicht begründen. Die bloße Möglichkeit eines unrechtmäßigen **Zuweiserverhaltens** reicht für eine Unrechtsvereinbarung nicht aus. Für ein unrechtmäßiges Zuweiserverhalten bedarf es substantiierten Vortrags, woraus sich das unrechtmäßige Zuweiserverhalten ergeben soll, wie etwa das ausdrückliche Auffordern von Patienten, sich in eine bestimmte Klinik zu begeben, entsprechende Empfehlungen gegenüber Patienten auszusprechen oder nach Vereinbarung mit der Geschäftsführung gezielt Patienten an die Klinik zu überweisen.

6. Weiterbildung

a) Weiterbildungszeit Facharzt: Keine Anrechnung einer Tätigkeit aufgrund Berufserlaubnis

VG Bremen, Urteil v. 06.03.2025 - 5 K 710/24

RID 25-02-147

www.juris.de

HeilBerG Bremen § 37 VIII 2, 43 II; WBO § 4

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

b) Weiterbildungsbefugnis: Keine nur zeitweise mögliche persönliche Betreuung

VGH Bayern, Beschluss v. 19.03.2025 - 21 B 23.2357

RID 25-02-148

www.juris.de

HKG Bayern §§ 31, 33 I

In der WBO 2013 ist eindeutig und unmissverständlich geregelt, in welchem zeitlichen Umfang - nämlich **grundsätzlich ganztägig** - der **zur Weiterbildung befugte Arzt** sich dieser Aufgabe zuzuwenden hat. Eine persönliche Anwesenheit von etwa 13 Stunden wöchentlich (bzw. sogar bei einer hypothetischen Zugrundelegung der von der Kl. errechneten etwa 20 bis 25 Stunden) und darüber hinaus lediglich telefonische Erreichbarkeit auch bei örtlicher Nähe der Weiterbildungsstätten entspricht nicht der Regelung des § 5 Abs. 3 S. 1 WBO 2013.

Die **nur zeitweise mögliche persönliche Betreuung** vormittags, bei der täglichen Abendvisite sowie ab Januar 2014 freitags ganztägig - auch unter Berücksichtigung einer ständigen telefonischen Erreichbarkeit sowie der räumlichen Nähe zwischen der Praxis und dem Klinikum - genügt den Anforderungen an eine persönlich zu leitende und grundsätzlich ganztägig durchzuführende Weiterbildung nicht. Der Weiterbilder war für den überwiegenden Teil des Arbeitstages nicht am Klinikum und stand damit für die Kl. als Weiterbilder nicht im geforderten zeitlichen Umfang zur Verfügung. Ist der weiterzubildende Arzt ganztägig und hauptberuflich an der Weiterbildungsstätte tätig, reicht es nicht aus, wenn der Weiterbilder nur stundenmäßig oder auf Abruf an dieser Stätte anwesend ist. Weiterbildung bedeutet eine so **enge Zusammenarbeit**, dass sich der Weiterbilder von dem Fortschritt der Weiterbildung höchstpersönlich überzeugen kann, um sich über das Maß der einzuräumenden Selbständigkeit und der notwendigen Überwachung überhaupt ein eigenes Bild machen zu können. Allein die ständige telefonische Erreichbarkeit begründet keine inhaltlich qualifizierte und strukturierte Weiterbildung im Sinne der Weiterbildungsordnung.

c) Prüfung für Zusatzbezeichnung: Mindestdauer einer Prüfung/Mitwirkungsobliegenheit

VG Berlin, Urteil v. 06.03.2025 - 12 K 398/23

RID 25-02-149

www.juris.de

WBO Berlin § 15 III 1

Grundsätzlich reicht es aus, die **Mindestdauer einer Prüfung** (hier: Zusatzbezeichnung „Magnetresonanztomographie - fachgebunden“) in der maßgeblichen Norm zu regeln. Aus Gründen der Chancengleichheit dürfte es erforderlich sein, eine Mindestdauer vorzusehen, es zugleich aber zu erlauben, gerade bei Zweifeln am Bestehen einer Prüfung, den Prüfern die Möglichkeit zu geben, die Prüfung über die vorgesehene Mindestdauer durchzuführen (vgl. OVG Sachsen, Beschl. v. 25.10.2024 - 2 B 166/24 - juris Rn. 15). Ist keine bestimmte Prüfungszeit festgelegt, ist das Überschreiten der Mindestprüfungsdauer kein Verfahrensfehler.

Aus dem zwischen dem Prüfling und der prüfenden Stelle bestehenden Rechtsverhältnis ergibt sich auf Basis des auch im öffentlichen Recht anwendbaren Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) eine **Mitwirkungsobliegenheit des Prüflings**, die auch die rechtzeitige Geltendmachung von Mängeln des Prüfungsverfahrens beinhaltet. Mit der Obliegenheit des Prüflings zur unverzüglichen Rüge von (vorgeblichen) Verfahrensmängeln – die durch den das gesamte Prüfungsrecht prägenden Grundsatz der Chancengleichheit gerechtfertigt ist und als ungeschriebene Regel die Prüfungsverordnung ergänzt –

wird verhindert, dass dem Prüfling gleichheitswidrig ein weiterer, gegenüber anderen Prüflingen nicht gerechtfertigter Prüfungsversuch eröffnet wird.

d) Gebietsbezeichnung „Kieferorthopädie“: Abweichen von den Vorgaben der Prüfungsordnung

VG Berlin, Urteil v. 30.01.2025 - 12 K 255/22

RID 25-02-150

www.juris.de

Prüfungsordnung der Zahnärztekammer Berlin a.F.

Leitsatz: Ein wesentliches **Abweichen von den Vorgaben der Prüfungsordnung** zu der Prüfungsart führt grundsätzlich zu einem erheblichen Verfahrensfehler.

Das Überschreiten der in einer Prüfungsordnung vorgeschriebenen **Prüfungshöchstdauer** in **mündlichen Prüfungen** stellt regelmäßig einen Verfahrensfehler dar, wenn damit ein Einfluss auf das Prüfungsergebnis verbunden sein kann.

e) Gleichwertigkeit eines postgradualen Masterstudiums Kieferorthopädie in Spanien

VG Hannover, Urteil v. 25.02.2025 - 7 A 219/23

RID 25-02-151

www.juris.de

HKG Niedersachsen §§ 34 I 1, 35 I 1, II; WBO § 5 II

Leitsatz: Gelingt einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt der **Nachweis**, dass ihr oder sein Weiterbildungsstand aufgrund einer Weiterbildung in einem EU-Mitgliedstaat **gleichwertig** ist, ist kein Raum für eine **Eignungs- oder Fachzahnarztprüfung**.

7. Sozialversicherungspflicht

a) Kooperationsvertrag eines Vertragsarztes mit Klinik: Behandlung stationärer Patienten

LSG Bayern, Urteil v. 27.06.2024 - L 14 BA 34/23

RID 25-02-152

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB IV §§ 1 I 1 Nr. 1, 7

Leitsatz: Zur sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung der Tätigkeit eines Arztes, der in von ihm **angemieteten Räumen einer Klinik** als **niedergelassener Vertragsarzt** eine Praxis betreibt und dort auch stationär aufgenommene Patienten der Klinik behandelt. Zwischen der Klinik und dem Arzt wurde ein **Kooperationsvertrag** geschlossen. Die Behandlung der stationär aufgenommenen Patienten wird mit der Klinik und nicht mit der kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet (hier selbständige Tätigkeit).

b) Kooperationsvertrag mit vertragsärztlicher GbR für Wirbelsäulenoperationen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 12.02.2025 - L 2 BA 6/23

RID 25-02-153

www.juris.de

SGB V § 121; KHEntgG § 2; SGB IV § 7a

Leitsatz: Auch bei der statusrechtlichen Beurteilung **honorarärztlicher Tätigkeiten** ist dem Grundsatz der Klarheit und **Vorhersehbarkeit** sozialversicherungs- und beitragsrechtlicher Tatbestände Genüge zu tun.

8. Kein Betriebsübergang nach Schließung einer Hausarztpraxis

LAG Düsseldorf, Urteil v. 23.10.2024 - 3 Sla 385/24

RID 25-02-154

www.juris.de

KSchG § 1 II; BGB § 613a

Leitsatz: 1. Wird die Feststellung des Fortbestands des Arbeitsverhältnisses wegen behaupteten **Betriebsübergangs gegenüber zwei beklagten Ärzten** eingeklagt und nicht durch Hilfsanträge auch jeweils der Fortbestand nur gegenüber einer oder einem von ihnen geltend gemacht, ist die **Klage** bereits dann als **unschlüssig** abzuweisen, wenn schon nach dem klägerischen Vorbringen ein Betriebsübergang allenfalls auf einen der beiden Beklagten, keinesfalls aber auf beide gemeinsam stattgefunden haben kann. Die Feststellung des Betriebsübergangs **auf eine/n der beiden beklagten Ärzte** ist gegenüber der Feststellung des Betriebsübergangs auf beide gemeinsam kein Minus, sondern ein **Aliud**.

2. Wird aus einem bisherigen **Hausarztpraxisteam** mit zwei Ärztinnen und fünf bis sechs Arzthelferinnen und/oder Empfangskräften zwar **mit einer der beiden Ärztinnen zugleich die Schlüsselkraft des Betriebs übernommen**, die als nunmehr angestellte Ärztin in einem anderen Betrieb weiterbeschäftigt wird und dort den wesentlichen Patientenstamm der bisherigen Hausarztpraxis betreut, werden ansonsten jedoch keine einzige weitere Mitarbeiterin und auch keinerlei sächliche oder andere immaterielle Betriebsmittel übernommen, reicht dies allein zur Begründung eines Betriebsübergangs nicht aus.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH): Therapiewahl und Behandlungsfehler

BGH, Urteil v. 21.01.2025 - VI ZR 204/22

RID 25-02-155

www.juris.de

BGB §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: Therapiewahl und Behandlungsfehler

1. Die **Therapiewahl** ist primär Sache des Arztes, dem insoweit grundsätzlich ein weiter Beurteilungsspielraum zukommt. Der Arzt ist bei der Wahl der Therapie insbesondere nicht stets auf den jeweils sichersten therapeutischen Weg festgelegt. Allerdings muss ein höheres Risiko in den besonderen Sachzwängen des konkreten Falles oder in einer günstigeren Heilungsprognose eine sachliche Rechtfertigung finden; jedenfalls hat der Arzt alle bekannten und medizinisch vertretbaren Sicherungsmaßnahmen anzuwenden, die eine erfolgreiche und komplikationsfreie Behandlung gewährleisten, und muss umso vorsichtiger vorgehen, je einschneidender ein Fehler sich für den Patienten auswirken kann.

2. Ob der Arzt einen **Behandlungsfehler** begangen hat, der zu einer Gesundheitsschädigung des Patienten geführt hat, beantwortet sich ausschließlich danach, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall **vertretbare Entscheidungen** über die diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese Maßnahmen sorgfältig durchgeführt hat.

2. Behandlungsfehler

a) Überweisung an Radiologen: Neben- oder Zufallsbefund

OLG Dresden, Beschluss v. 18.02.2025 - 4 U 1470/24

RID 25-02-156

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.; BMV-Ä § 24 III

Leitsatz: 1. Für die Frage, in welchem Umfang ein **mitbehandelnder Arzt** in die Behandlung einbezogen wurde und welche Verpflichtungen er gegenüber dem Patienten hat, ist auf den **Überweisungsschein** abzustellen.

2. Ein **Radiologe** darf auch dann vor einem sichtbaren **Neben- oder Zufallsbefund** nicht die Augen verschließen, wenn sich dieser außerhalb des vom überweisenden Arzt angegebenen Untersuchungsbereichs befindet (Festhaltung Senat, Urt. v. 10.10.2023 - 4 U 634/23 - RID 23-04-109).

b) Keine Verlegung auf stroke unit trotz Hinweis auf Schlaganfall

OLG Dresden, Beschluss v. 26.02.2025 - 4 U 1225/24

RID 25-02-157

www.juris.de
BGB § 630a

Leitsatz: Die **unterlassene Überweisung** an ein **spezialisiertes Krankenhaus** oder die **unterbliebene Verlegung** in eine auf das Krankheitsbild spezialisierte Station kann nur dann ein **Übernahmeverschulden** begründen, wenn der behandelnde Arzt ansonsten aufgrund seiner Fähigkeiten oder der ihm zur Verfügung stehenden Ausstattung mit der Behandlung überfordert wäre. Allein aus dem Umstand, dass trotz Hinweisen auf einen **Schlaganfall** keine Verlegung auf eine **stroke unit** erfolgte, reicht hierfür jedoch nicht aus, wenn die nach dem medizinischen Standard geforderten Untersuchungen auch auf einer Normalstation erbracht werden können.

c) Behauptung eines Hygienefehlers/Infektion mit gängigem Hautkeim

OLG Dresden, Urteil v. 04.02.2025 - 4 U 301/24

RID 25-02-158

www.juris.de
BGB § 630a

Leitsatz: 1. Auch eine erwiesenermaßen in Teilpunkten unzutreffende medizinische **Behandlungsdokumentation** führt nicht zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs.
2. Wird ein **Hygienefehler** behauptet, muss der Patient zwar keine konkreten Anhaltspunkte für einen Hygieneverstoß vortragen (vgl. BGH, Urt. v. 18.02.2020 - VI ZR 280/19); legt der Arzt jedoch im Rahmen seiner sekundären Darlegungslast die einschlägigen **Handlungsanweisungen und Hygienepläne** vor, ist der Patient gehalten, konkret darzulegen, an welchem Punkt diese Anweisungen unzureichend sein sollen oder gegen welche Vorgaben der Arzt verstoßen haben soll. Unterbleibt dies, kommt die Einholung eines **Sachverständigengutachtens** nicht in Betracht.
3. Die **Infektion mit einem gängigen Hautkeim** in einem Krankenhaus zählt nicht zum durch dessen Träger vollbeherrschbaren Bereich.

d) Hochrisikozwillingsschwangerschaft: Keine neonatologische Kinderklinik/Schmerzengeld

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 18.02.2025 - 8 U 8/21

RID 25-02-159

www.juris.de
BGB §§ 253, 254, 630h V 1

Leitsatz: 1. Die fortgesetzte stationäre Betreuung einer **Hochrisikozwillingsschwangerschaft** in einer Geburtsklinik **ohne** direkt angeschlossene **neonatologische Kinderklinik** ist grob behandlungsfehlerhaft.
2. Die **Weigerung** einer Patientin, eine **Behandlungsempfehlung** zu befolgen, ist rechtlich nur beachtlich, wenn der Arzt sie zuvor umfassend und zutreffend über die medizinische Sachlage und die ihr und ihren Kindern drohenden Gefahren **aufgeklärt** hat.
3. Das gilt auch, wenn es sich bei der **Patientin** um eine **Fachärztin** handelt.
4. Im Falle der vollständigen unwiderruflichen Zerstörung der Persönlichkeit eines Neugeborenen kann, jedenfalls wenn der Betroffene unter seinem Zustand zusätzlich dauerhaft leidet, ein **Schmerzengeld** i.H.v. 720.000 € angemessen sein.

e) Unterlassen einer Kontrolluntersuchung trotz Abnahme des Schätzwichts

OLG Köln, Urteil v. 10.02.2025 - 5 U 33/23

RID 25-02-160

www.juris.de

BGB §§ 249, 253 II, 823 I

Leitsatz: Ermittelt ein Arzt wenige Tage vor der Geburt bei einer Ultraschalluntersuchung der adipösen und an Gestionsdiabetes erkrankten Mutter ein Schätzwicht des Kindes, welches unter dem vor drei Wochen in demselben Krankenhaus ermittelten Schätzwicht liegt, so kann in dem Unterlassen der Vornahme oder Veranlassung einer **Kontrolluntersuchung** - vorbehaltlich abweichender sachverständiger Feststellungen im Einzelfall - ein (auch grober) Behandlungs- und Befunderhebungsfehler liegen.

Zur Berücksichtigung von nach den Umständen des Falls mit einem groben Behandlungsfehler einhergehender grober Fahrlässigkeit bei der Bemessung des **Schmerzensgeldes**.

f) Wiederholt auftretende suspekte CTG-Befunde nach Einleitung einer Geburt

OLG Köln, Urteil v. 19.03.2025 - 5 U 2/23

RID 25-02-161

www.juris.de

BGB § 823

Leitsatz: Zur - im Einzelfall durch den gynäkologischen Sachverständigen zu beurteilenden, hier verneinten - Frage, ob wiederholt auftretende **suspekte CTG-Befunde**, denen jeweils längere Phasen einer unauffälligen CTG-Aufzeichnung folgen, nach **Einleitung einer Geburt** das Erfordernis einer ununterbrochenen Überwachung des Kindes mittels CTG begründen.

g) Indikation zur Abtragung eines Reinke-Ödems

LG Bielefeld, Urteil v. 28.02.2025 - 4 O 328/22

RID 25-02-162

www.juris.de

BGB §§ 253, 278, 280, 421, 823, 831

Eine **Indikation** zur durchgeführten **Abtragung des Reinke-Ödems** besteht nur dann, wenn die Kl. aufgrund einer Stimmveränderung durch das Reinke-Ödem **subjektiv die Notwendigkeit** verspürt, dieses behandeln zu lassen, oder in den seltenen Fällen, in denen ein solches Ödem - dann allerdings über Jahre - so groß wird, dass die **Atmung beeinträchtigt** werden kann.

h) Verjährungsbeginn: Kenntnis des Patienten und Schadensbegutachtung

OLG Dresden, Beschluss v. 13.02.2025 - 4 W 466/24

RID 25-02-163

www.juris.de

BGB §§ 195, 199, 203 S. 1

Leitsatz: 1. Für eine den **Verjährungsbeginn** auslösende **Kenntnis** des Patienten von einem Behandlungsfehler muss für ihn aufgrund einer Parallelwertung in der Laiensphäre erkennbar sein, dass von dem medizinischen Behandlungsstandard abgewichen wurde; jedenfalls nach einer ärztlichen **Schadensbegutachtung** ist dies der Fall.

2. Nach dem „Einschlafen“ von Verhandlungen über den Schaden ist der Geschädigte auch in einer aufwändigen Arzthaftungssache innerhalb eines halben Jahres gehalten, sich um eine Fortführung der Verhandlungen zu bemühen; geschieht dies nicht, endet zu diesem Zeitpunkt die **Ablaufhemmung**.

3. Aufklärung

a) Einwilligungsfähigkeit trotz Schmerzen

LG Darmstadt, Urteil v. 15.06.2023 - 27 O 109/21

RID 25-02-164

www.juris.de

BGB §§ 253, 280 I, 630a

Einen Erfahrungssatz dahin, dass **Schmerzen**, die in ihrem Schweregrad und dem Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten des Patienten schon objektiv nicht verlässlich einschätzbar sind, jenseits der auch subjektiv kaum fassbaren Schwellen zwischen „einfachem“, „starkem“ und „unerträglichem“ Schmerz die **Einwilligungsfähigkeit des Patienten** immer einschränken und letztendlich sogar völlig aufheben, gibt es nicht (OLG Koblenz, Urt. v. 01.10.2014 - 5 U 463/14 - juris, RID 15-01-198).

b) Implantation einer Totalendoprothese: Beinverlängerung

OLG Brandenburg, Urteil v. 13.02.2025 - 12 U 68/24

RID 25-02-165

www.juris.de

BGB §§ 253, 280, 630a ff., 823

Im Rahmen der **Aufklärung** müssen vor allem die **Risiken einer Operation** zutreffend erläutert werden. Erweckt der aufklärende Arzt beim Patienten durch die unzutreffende Darstellung der Risikohöhe eine falsche Vorstellung über das Ausmaß der mit der Behandlung verbundenen Gefahr und verharmlost dadurch ein verhältnismäßig häufig auftretendes Operationsrisiko, so kommt er seiner Aufklärungspflicht nicht in ausreichendem Maße nach (BGH, Beschl. v. 16.08.2022 - VI ZR 342/21 - juris Rn. 9, RID 22-04-167). Es besteht im Rahmen der Aufklärung über eine Standardoperation - **Implantation einer Totalendoprothese** rechts - **kein besonderes aufklärungspflichtiges Risiko**, denn der Äußerung des Sachverständigen kann nicht entnommen werden, dass die Verlängerung der bereits vorbestehenden und der Kl. spätestens (eine Beinlängendifferenz von -1 cm links wurde nach der Behandlungsdokumentation bereits bei der Aufnahme am 03.06.2019 festgestellt) mit der Aufklärung bekannt gemachten **Beinlängendifferenz** von nach dem Sachverständigen 7 mm aus ex ante Sicht auch um 6 bis 8 mm oder darüber hinaus und damit in einen gesundheitlich relevanten Bereich erfolgen werde. Dabei würden Beinlängendifferenzen bis zu 1 cm von Erwachsenen subjektiv kaum bemerkt und bis zu 2 cm durchaus toleriert. Mithin sind auch die zu erwartenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen in dem hier ex ante zu erwartenden, als „normal“ zu bezeichnenden Rahmen gering und nicht ohne Nachfrage besonders aufklärungspflichtig.

c) Verjährungsbeginn: Kenntnis von einer Aufklärungspflichtverletzung

OLG Dresden, Urteil v. 28.01.2025 - 4 U 1095/24

RID 25-02-166

www.juris.de

BGB §§ 195, 197 I Nr. 1, 199; ZPO §§ 240, 249; InsO § 117

Leitsatz: 1. Die für den Verjährungsbeginn erforderliche **Kenntnis** von einer **Aufklärungspflichtverletzung** ist jedenfalls ab dem Zeitpunkt anzunehmen, in dem sich der Rechtsanwalt einer Partei gegenüber dem Arzt auf verschiedene, im Einzelnen bezeichnete Aufklärungsmängel beruft.

2. Beruft sich der Patient auf eine von der Regelverjährung abweichende **30-jährige Verjährungsfrist**, trägt er jedenfalls dann die **Beweislast** für vorsätzliches Handeln des Arztes, wenn eine Grundaufklärung erfolgt ist.

3. Hat der Patient **Kenntnis von einem vermeintlichen Fehler** des Arztes, der für die Erhebung einer Feststellungsklage ausreicht, beginnt die Verjährungsfrist für das streitgegenständliche Behandlungsgeschehen zu laufen; ergeben sich im Verlauf Hinweise auf weitere Behandlungsfehler, läuft auch insofern keine neue Verjährungsfrist.

4. Wird im Zeitraum zwischen mündlicher Verhandlung und Urteilsverkündung das **Insolvenzverfahren** über das Vermögen einer Partei eröffnet, steht dies der **Urteilsverkündung** nicht entgegen, ändert aber an der Unterbrechungswirkung nichts. Legt der Prozessbevollmächtigte des

Schuldners in Unkenntnis der Eröffnung Berufung ein und nimmt diese abschließend zurück, kann daher über die Kosten dieser Berufung bis zum Abschluss des Insolvenzverfahrens nicht entschieden werden.

5. Anders ist dies lediglich dann, wenn die Berufung allein mit dem **Ziel** erhoben wurde, die **Unterbrechung des Verfahrens** geltend zu machen.

6. Die Unterbrechung des Verfahrens gegenüber einem von mehreren einfachen **Streitgenossen** hindert dessen Fortsetzung gegen den weiteren Streitgenossen nicht.

4. Sachverständige: Befangenheitsgesuch nach Einlassung zur Sache und/oder Antragstellung

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 03.04.2025 - 17 W 19/24

RID 25-02-167

www.juris.de

ZPO §§ 42, 43, 295, 406

Leitsatz: Die **Einlassung der Partei zur Sache** und/oder die Antragstellung in der Verhandlung hindern gemäß § 43 ZPO oder § 295 ZPO grundsätzlich nicht die Anbringung eines **Befangenheitsgesuchs** gegen den **Sachverständigen**.

5. Nicht rechtzeitige Feststellung der Invalidität

OLG Köln, Beschluss v. 19.02.2025 - 5 U 107/24

RID 25-02-168

www.juris.de

BGB §§ 328, 823

Leitsatz: Die **ärztliche Behandlungspflicht** dient dem Schutz der Gesundheit des Patienten, nicht aber der Vermeidung **primärer Vermögensschäden**. Insbesondere dient die ärztliche Behandlungspflicht nicht dazu, den Patienten vor solchen Schäden zu schützen, die aus einer nicht rechtzeitigen **Feststellung der Invalidität** durch einen Arzt und dem **Verlust von Ansprüchen gegen den Unfallversicherer** resultieren.

Der Patient ist nicht als Dritter in den Schutzbereich des Vertrags einbezogen, durch den ein **Unfallversicherer** einen Arzt mit der **Feststellung einer unfallbedingten Invalidität** beauftragt. Die Unfallversicherung begründet insoweit keine über das übliche Maß hinausgehenden besonderen Treuepflichten der Unfallversicherung gegenüber dem betroffenen Dritten.

6. Verjährungshemmung infolge Anrufung der Schlichtungsstelle

OLG Oldenburg, Urteil v. 16.04.2025 - 5 U 74/24

RID 25-02-169

www.juris.de

BGB § 204 I Nr. 4

Leitsatz: 1. Die **Verjährungshemmung infolge Anrufung der Schlichtungsstelle** endet im Falle fehlenden Einverständnisses der Gegenseite mit Ablauf des Tages, an dem die Schlichtungsstelle veranlasst, dass das fehlende Einverständnis dem Antragsteller bekannt gegeben wird.

2. Dieser **Zeitpunkt** wird regelmäßig durch das **Datum des Schreibens der Schlichtungsstelle** gekennzeichnet, in welchem diese dem Antragsteller diesen Umstand mitteilt. Es kommt demgegenüber im Regelfall für das Ende der Hemmung nicht darauf an, wann das Schreiben tatsächlich bei der Schlichtungsstelle in den Postausgang gelangt oder wann es zur Post gelangt ist.

7. Prozesskostenhilfverfahren: Vorlage eines MDK-Gutachtens nach Nierenbiopsie

OLG Dresden, Beschluss v. 06.03.2025 - 4 W 719/24

RID 25-02-170

www.juris.de

BGB § 630a; ZPO § 114

Leitsatz: 1. Im **Prozesskostenhilfverfahren** kann aufgrund eines vom Antragsteller vorgelegten **MDK-Gutachtens** im Wege der antizipierten Beweiswürdigung die hinreichende Erfolgsaussicht verneint werden, wenn hiernach davon auszugehen ist, der Antragsteller werde sein Vorbringen nicht beweisen können.

2. Ein solcher Schluss ist jedoch nicht bereits dann gerechtfertigt, wenn das vorgelegte Gutachten **keine Ausführungen** zu der Frage enthält, ob die behaupteten Primär- und Sekundärschäden auf einem **Behandlungsfehler** beruhen.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 21.05.2025. 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				
Geringere Vergütung der neuropsychologischen Therapie	B 6 KA 8/24 R	Zur Zulässigkeit der Höhe der Vergütung der zeitgebundenen neuropsychologischen Leistungen der Gebührenordnungsposition 30932 (Neuropsychologische Therapie - Einzeltherapie) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) im Quartal 3/2017, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit aufgrund der damals im Vergleich zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 des EBM-Ä geringeren Vergütung.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 18.09.2024 - L 7 KA 28/20 -	24-04-4
Arzt-/Psychotherapeutenregister				
Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht				
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Bauchaortenaneurysmen: Ausschluss der Vergütung trotz Unkenntnis der Vorbehandlung	B 6 KA 1/25 R	Kann die Leistung nach den Gebührenordnungspositionen 01747 und 01748 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Aufklärungsgespräch und Durchführung eines Ultraschall-Screenings auf Bauchaortenaneurysmen) nur einmal im Leben des Patienten abgerechnet werden?	SG Mainz , Urt. v. 08.01.2025 - S 2 KA 108/22 -	25-02-1
Fortbildungszeitraum bei Wechsel von einer angestellten Tätigkeit zur Zulassung	B 6 KA 10/24 R	Zur Berechnung des Fünfjahreszeitraums für den Fortbildungsnachweis nach § 95d Absatz 3 SGB V, wenn ein Arzt nahtlos von einer Anstellung in eine Zulassung als Vertragsarzt wechselt.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 27.11.2024 - L 5 KA 3215/22 -	25-02-4
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Sonstiger Schaden: Rechtsgrundlage/Verhältnismäßigkeit	B 6 KA 9/24 R	Genügt § 48 BMV-Ä als Rechtsgrundlage dem Gesetzesvorbehalt? Findet der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz beim sonstigen Schaden Anwendung?	SG Marburg , Urt. v. 03.07.2024 - S 17 KA 88/23 -	24-04-11
BAG: Prüfung allein der Leistungen eines einzelnen Mitglieds	B 6 KA 5/25 R	Kann ein in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) tätiger Vertragsarzt im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nur aufgrund der Abrechnungsdaten der BAG in ihrer Gesamtheit in Regress genommen werden oder auch allein für die von ihm unter seiner Lebenslangen Arztnummer (LANR) abgerechneten Leistungen?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 27.08.2024 - L 4 KA 8/22 -	
Zulassung und Ermächtigung				
Leistungsbegrenzung im Rahmen eines lokalen Sonderbedarfs (Mammografie)	B 6 KA 2/25 R	Kann die Genehmigung im Wege des Sonderbedarfs der Anstellung einer Fachärztin für Radiologie, welche über eine Abrechnungsgenehmigung für ambulante kurative Mammografien verfügt, darauf gestützt werden, dass am Praxisstandort kein ausreichendes Leistungsangebot im Bereich der Mammografie besteht?	SG Potsdam , Urt. v. 11.12.2024 - S 1 KA 6/23 -	25-02-16
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
Sonderbedarfszulassung: strahlenschutzrechtliche Personalvorgaben	B 6 KA 5/24 R	Können strahlenschutzrechtliche Personalvorgaben allein einen Anspruch auf eine Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf begründen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.05.2024 - L 5 KA 2346/22 -	24-03-20

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung
Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen
Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 21.05.2025. 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				
Liposuktion	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/m2 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
Zweitversorgung mit Therapiestuhl zum Besuch einer Kindertageseinrichtung	B 3 KR 4/25 R	Besteht ein Anspruch aus § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V auf Zweitversorgung mit einem Therapiestuhl zum Besuch einer Kindertageseinrichtung erst ab Vollendung des dritten Lebensjahres?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 11.12.2024 - L 4 KR 69/24 -	
Elektrischer Zusatzantrieb (e-motion) für Rollstuhl: Wohnverhältnisse	B 3 KR 2/25 R	Zur Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts des Menschen mit Behinderungen und der konkreten Wohnverhältnisse bei der Versorgung Versicherter mit motorunterstützten Mobilitätshilfen.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 07.03.2024 - L 5 KR 72/23 -	25-01-39 NZB
Sesseldreirad „Easy Rider“ für Erwachsenen	B 3 KR 1/24 R	Zur Hilfsmittelversorgung eines erwachsenen Versicherten mit dem Sesseldreirad "Easy Rider"; hier: wesentliche Auswirkungen im Nahbereich unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts des Menschen mit Behinderungen.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 22.05.2023 - L 4 KR 297/21 -	24-01-65
Zum Skifahren geeignete Sportprothese	B 3 KR 3/25 R	Zur Frage eines Anspruchs auf Versorgung mit einer Skiprothese aus der gesetzlichen Krankenversicherung.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.04.2024 - L 11 KR 878/23 -	25-01-41 NZB
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 Nutzsfall 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 -	24-04-07
Hörgerät: Objektivierbarer Gebrauchsvorteil von 5% im Sprachverstehen	B 3 KR 6/24 R	Welchen inhaltlichen und Verfahrensvoraussetzungen unterliegt die Ablehnung einer festbetragsüberschreitenden Versorgung mit einem Hörgerät mangels wesentlichen Gebrauchsvorteils durch die Krankenkasse?	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 Termin: 20.02.2025	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

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

Krankenhauskosten

Ablehnung eines Versorgungsvertrages	B 1 KR 1/25 R (alt: B 3 KR 1/25 R)	Ist die durch Krankenkassenverbände erfolgende Ablehnung, einen vom Krankenhaus gewünschten Versorgungsvertrag nach §§ 108 Nummer 3, 109 Absatz 1 Satz 1 SGB V abzuschließen, ein Verwaltungsakt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 04.09.2024 - L 10 KR 825/21 KH -	25-01-83
Beweislast für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung	B 1 KR 31/24 R	Wer trägt die Beweislast für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung als Voraussetzung eines Vergütungsanspruchs?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 16.11.2022 - L 4 KR 18/21 -	25-02-78
Stationäre Aufnahme auf Intensivstation und Versterben innerhalb weniger Minuten	B 1 KR 34/24 R	Liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn eine zuvor durch den Rettungsdienst begonnene Reanimation auf der Intensivstation des Krankenhauses unter Einsatz der dortigen Diagnostik für wenige Minuten fortgeführt und dann der Tod des Versicherten festgestellt wird.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.03.2024 - L 4 KR 1217/22 -	24-02-35
Abgrenzung stationäre/ambulante Entbindung	B 1 KR 5/24 R B 1 KR 6/24 R Termin: 20.02.2025	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
Teil- anstatt vollstationäre Behandlung bei multimodaler Schmerztherapie	B 1 KR 35/24 R	Zur Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit einer vollstationären anstelle einer teilstationären Krankenhausbehandlung bei der Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie. Kann ein Krankenhaus eine Vergütung nach den Grundsätzen fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens fordern, wenn für die fiktive teilstationäre Leistung noch keine tagesbezogene teilstationäre Fallpauschale und keine krankenhausindividuellen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG vereinbart worden sind?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 15.08.2024 - L 16 KR 617/22 KH -	24-04-55

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
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
Nichterfüllung von Anforderungen einer Qualitätssicherungsrichtlinie	B 1 KR 26/24 R	Entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses vollständig, wenn bei der Behandlung Mindestanforderungen nach einer Richtlinie des GBA gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht erfüllt sind, die entsprechende Richtlinie aber keine Regelung eines Vergütungsausschlusses enthält (hier: Richtlinie zur Kinderonkologie - KiOn-RL)?	SG Magdeburg , Urt. v. 18.06.2024 - S 25 KR 136/18 -	24-03-73
Ausschlussfrist zur Rückzahlung von geleisteten Vergütungen auch für Aufrechnung	B 1 KR 36/24 R	Ist die materielle Ausschlussfrist des § 325 SGB V in der Fassung vom 11.12.2018 (beziehungsweise § 412 SGB V in der Fassung vom 14.10.2020) auch auf vor ihrem Inkrafttreten vorgenommene Aufrechnungen öffentlich-rechtlicher Erstattungsansprüche der Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser anzuwenden?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 25.09.2024 - L 4 KR 331/23 -	25-01-68
Versorgung mit Arzneimittel	B 1 KR 37/24 R	Zählt die Versorgung mit einem Arzneimittel auch dann noch zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 1 BPflV, wenn zwischen Erlös und Kosten ein (grobes) Missverhältnis besteht?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 25.09.2024 - L 4 KR 29/23 -	25-02-81
Kostenerstattung außerhalb der Fallpauschale (Arzneimittel Voraxaze)	B 1 KR 9/25 R	Sind die Kosten für im Rahmen einer Krankenhausbehandlung eingesetzte, im Inland nicht zugelassene Medikamente, für die nach der Bewertung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) keine Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgelts nach § 6 Absatz 2 KHEntg zulässig ist (NUB-2-Status), vom Krankenhaus gesondert abrechenbar oder bereits mit den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 Absatz 1 KHEntg abgegolten?	LSG Thüringen , Urt. v. 11.04.2024 - L 2 KR 683/21 -	25-02-82
Einleitung eines Prüfungsverfahrens: Kodierte Nebendiagnosen	B 1 KR 9/24 R	Ist es dem Krankenhaus nach Ablauf der Fünf-Monats-Frist des § 7 Absatz 5 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 3.2.2016) verwehrt, den Datensatz durch Nachkodierung anderer vergütungsrelevanter Nebendiagnosen zu ergänzen, wenn sich der dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erteilte Prüfauftrag auf sämtliche vergütungsrelevante Nebendiagnosen bezieht?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 31.01.2024 - L 5 KR 189/21 -	24-02-47
Prüfauftrag: Kodierte Nebendiagnosen	B 1 KR 22/24 R	Ist es dem Krankenhaus nach Ablauf der Fünf-Monats-Frist des § 7 Absatz 5 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 3.2.2016 oder nach Abschluss der Prüfung vor Ort (§ 7 Absatz 5 Satz 4 Prüfverfahrensvereinbarung) verwehrt, den Datensatz durch Nachkodierung anderer vergütungsrelevanter Nebendiagnosen zu ergänzen, wenn sich der dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erteilte Prüfauftrag auf sämtliche vergütungsrelevante Nebendiagnosen bezieht?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 31.01.2024 - L 5 KR 117/20 -	24-03-85
Einleitung eines Prüfungsverfahrens: Kodierte Nebendiagnosen	B 1 KR 38/24 R	Setzt die ordnungsgemäße Formulierung des Prüfauftrags einer Krankenkasse an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Prüfung der Korrektheit von Nebendiagnosen voraus, dass die zu prüfenden Nebendiagnosen konkret benannt werden?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 19.11.2024 - L 16 KR 401/23 -	25-01-70

Frist zur Mitteilung der abschließenden Entscheidung: Materielle Präklusion	B 1 KR 8/24 R	Schließt die im Sinne einer materiellen Präklusion wirkende Regelung des § 8 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV (2014) die Durchsetzung des Erstattungsanspruchs im Wege der Klage aus? Bewirkt die im Sinne einer materiellen Präklusion wirkende Regelung des § 8 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV (2014) ein Verwertungsverbot hinsichtlich der vom Krankenhaus im Prüfverfahren übermittelten Unterlagen?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 01.02.2024 - L 5 KR 357/22 KH -	24-01-84
Frist zur Mitteilung der abschließenden Entscheidung: Materielle Präklusion	B 1 KR 40/24 R	Schließt die im Sinne einer materiellen Präklusion wirkende Regelung des § 8 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV vom 3.2.2016 eine spätere Ergänzung oder Ersetzung der von der Krankenkasse fristgerecht mitgeteilten wesentlichen Gründe ihrer Entscheidung aus?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.08.2024 - L 10 KR 870/23 KH -	25-01-71
Zwei- oder vierjährige Verjährungsfrist für ambulante Krankenhausbehandlung	B 1 KR 6/25 R	Gilt die zweijährige Verjährungsfrist nach § 109 Absatz 5 Satz 1 SGB V auch für Vergütungsansprüche nach § 116b SGB V in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.11.2024 - L 10 KR 1133/23 KH -	25-02-100
Nachkodierung der Zusatzentgelte und materielle Präklusionswirkung	B 1 KR 30/24 R	Ist es dem Krankenhaus nach Ablauf der Fünf-Monats-Frist des § 7 Absatz 5 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV vom 3.2.2016 (juris: PrüfvVbg) verwehrt, den Datensatz durch Nachkodierung anderer vergütungsrelevanter Zusatzentgelte zu ergänzen, wenn sich der dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erteilte Prüfauftrag (unter anderem) allgemein auf die korrekte Abrechnung der Zusatzentgelte bezieht?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.12.2023 - L 10 KR 646/22 KH -	24-02-49 NZB
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 - PrüfvV 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
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
Kodierung der Nebendiagnose (akutes Nierenversagen)	B 1 KR 32/24 R	Zu den Anforderungen an die Kodierung der Nebendiagnose ICD-10-GM 2017 N17.82 (akutes Nierenversagen, Stadium 2).	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 12.09.2024 - L 4 KR 218/23 -	25-02-94
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
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

Besondere Einrichtung nach § 17b I 10 KHG: Neuropädiatrische Komplexbehandlung	B 1 KR 29/24 R B 1 KR 2/25 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? Kann für eine stationäre Behandlung, die nicht als stationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V notwendig war, nach den Grundsätzen über die Abrechnung fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens eine Vergütung nach den Maßstäben einer stationären Rehabilitationsbehandlung im Sinne von § 40 SGB V beansprucht werden?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 09.07.2024 - L 10 KR 172/20 - Urt. v. 30.07.2024 - L 10 KR 96/18 -	24-04-56 25-02-79
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) 1001l (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 NZZ
Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Intensivstation	B 1 KR 28/24 R	Setzt die Kodierung des OPS-Kodes 8-980 die Behandlung auf einer auch als solche bezeichneten „Intensivstation“ voraus, oder genügt die Behandlung auf einer „Intermediate Care Station“, auf der eine intensivmedizinische Behandlung nach den vom 3. Senat im Urteil vom 28.2.2007 (B 3 KR 17/06 R) aufgestellten Anforderungen erfolgen kann?	LSG Niedersachsen-Bremen , Beschl. v. 16.06.2023 - L 16/4 KR 38/20 -	24-04-69 NZZ
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	B 1 KR 5/25 R	Erfordert die Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels Nummer 8-550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) wochenweise den teamintegrierten Einsatz von mindestens zwei Therapiebereichen?	LSG Hamburg , Urt. v. 30.01.2025 - L 1 KR 73/23 KH D -	25-02-89
Begriff „angeboren“	B 1 KR 39/24 R	Zur Abgrenzung von ICD-10-GM Nr P37.9 (Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit, nicht näher bezeichnet) und ICD-10-GM Nr P39.9 (Infektion, die für die Perinatalperiode spezifisch ist).	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 19.11.2024 - L 16 KR 485/23 -	25-01-73
Aufwandspauschale: Verzugszinsen	B 1 KR 15/24 R Termin: 20.02.2025	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
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
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	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 13.12.2023 - L 5 KR 3223/22 -	24-01-94

		Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen vorsieht, mit höherrangigem Recht (insbesondere § 137i Absatz 1 Satz 3 SGB V) vereinbar?		
Spezialärztliche Versorgung: Abrechnungsziffern aus der Onkologie-Vereinbarung	B 1 KR 3/25 R	Kann ein Krankenhaus, das nach § 116b Absatz 2 SGB V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung zur ambulanten Behandlung von seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bestimmt worden ist, Kostenpauschalen aus der Onkologie-Vereinbarung abrechnen?	LSG Saarland , Urt. v. 13.11.2024 - L 2 KR 30/19 -	25-01-63
Nachstationäre Behandlung nach Stammzelltransplantation und spezialfachärztliche Vergütung	B 1 KR 4/25 R	Unter welchen Voraussetzungen gehören Krankenhausleistungen als vor- und/oder nachstationäre Behandlung gemäß § 115a SGB V zu der bereits mit einer Fallpauschale abgegoltenen stationären Behandlung oder zu einer hiervon separat zu vergütenden ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.11.2024 - L 16 KR 632/22 KH -	25-01-62

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Festzuschüsse auf Rezepturarzneimittel: Einkaufspreis der üblichen Abpackung	B 3 KR 4/24 R	Zur Auslegung des § 5 Absatz 2 AMPPreisV hinsichtlich der Frage, ob bei der Berechnung der Festzuschüsse auf 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
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 Schiedsspruches.	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 B 3 KR 15/24 R B 3 KR 16/24 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 - LSG Bayern , Urt. v. 22.07.2024 - - L 20 KR 279/22 - - L 20 KR 332/23 -	24-01-103 NZB
Krankentransport (Duldungsvollmacht bei Übernahme der Ergebnisse von Schiedsverfahren)	B 3 KR 14/24 R (alt: B 1 KR 27/24 R)	Zu den Rechtsbeziehungen zwischen einer bundesunmittelbaren Betriebskrankenkasse und Krankentransportunternehmen.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 23.07.2024 - L 14 KR 59/24 -	24-03-113

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

GBA

Sonstiges

