

Rechtsprechungsinformationsdienst 25-03

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Sachlich-rechnerische Berichtigung	6
1. Missbrauch der Kooperationsform fachgruppengleicher Praxisgemeinschaft	6
2. Dokumentation der obligaten Leistungsinhalte	7
3. Keine automatische Teilnahme an HzV-Nachfolgevertrag	7
II. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	7
1. BAG: Keine Prüfung allein der Leistungen eines einzelnen Mitglieds	8
2. Strenge Einzelfallprüfung: Keine Beschränkung auf Auswertung der Behandlungsscheine	8
3. Prävalenzprüfung und Praxisbesonderheit	9
4. Arzneikostenregress	9
a) Fehlende Rezeptunterschrift	9
b) Keine Einzelfallprüfung nach Richtgrößenprüfung	10
c) Geltendmachung eines Einwands bereits gegenüber Prüfungsgremien	10
5. Vertragszahnärztliche Vergütung: Bereinigung der Leistungsfrequenzstatistiken (Nullabrechner)	11
III. Zulassungsrecht	11
1. Entsperrung des Planungsbereichs: Konzept der wohnortnahen Versorgung	13
2. Nachrangregelung für MVZ	13
a) Vertragsarzt als MVZ-Gesellschafter ohne Tätigkeit im MVZ	13
b) Nachfolgebewerbung eines MVZ: Mehrere anzustellende Ärzte	14
3. Zweigpraxis: „Weitere Orte“ und Verbesserung der Versorgung	14
4. Anwaltsgebühr: Umfangreiche Tätigkeit bei mündlicher Verhandlung	14
IV. Angelegenheiten der K(Z)V	15
1. Entbindung des Vorstandsvorsitzenden einer KZV: Anordnung der sofortigen Vollziehung	15
2. Vermittlung von Videosprechstunden durch gewerbliches Unternehmen	15
V. Bundessozialgericht (BSG)	16
1. Fremdanamnese	16
2. Arzneikostenregress: Auskunft über eine Vorbehandlung	16
3. Keine Zulassung unter Verzichtsvorbehalt bei zwei hälftigen Versorgungsaufträgen	17
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	18
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	18
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	18
a) Autologe Stammzelltransplantation/Knochenmarktransplantation	18
b) Ambulante Sondenentwöhnung	18
c) Apheresebehandlung (Lipidapherese)	18
d) Extrakorporale Lipid-Apherese-Behandlungen (Einstweilige Anordnung)	18
2. Ambulante psychotherapeutische Therapie	19
a) Zumutbarkeit einer psychotherapeutischen Therapie	19
b) Ambulante Psychotherapie nur durch approbierte Leistungserbringer	19
3. Begrenzung einer Sitzungsmehrleistung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung	20
4. Privatärztliche Behandlung durch Facharzt für Umweltmedizin	20
5. Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz: Einmaliges Versäumnis einer Vorsorgeuntersuchung	20
II. Stationäre Behandlung	20
1. Postbariatrische Operation der Oberschenkel	21
2. Beidseitige operative Brustverkleinerung	21
III. Kostenerstattung	21
1. Behandlung durch Privatarzt während stationären Aufenthaltes	21
2. Psychotherapeutenvertrag bei Stellung eines Kostenerstattungsantrags	22

IV. Arzneimittel	22
1. Mirvetuximab Soravtansine (Elahere®) bei Ovarial-Karzinom	22
2. Versorgung mit Cannabis	22
a) Begründete Einschätzung: Keine Änderung durch Konsumcannabisgesetz	22
b) Begründete Einschätzung auch nach Cannabisgesetz erforderlich	23
c) Multimodale Schmerztherapie als Behandlungsalternative	23
d) Mögliche Behandlungsalternativen	23
e) ADHS: Schwere der dadurch verursachten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	23
3. Arzneimittel zur Gewichtsregulierung (Wegovy)	23
V. Hilfsmittel	24
1. Mehrfachversorgung mit einem Adaptivrollstuhl mit Elektroantrieb	24
2. Zweitversorgung mit einem Therapiestuhl zum Besuch einer Kindertageseinrichtung	25
3. Rollstuhlzuggerät: Keine alternative Verurteilung	25
4. Kinderpflegebett als Hilfsmittel des mittelbaren Behinderungsausgleichs	25
5. Hörgeräteversorgung/Beschaffungsweg: Festbetragsangebot als Ablehnung der Mehrkosten	26
VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten	26
1. Häusliche Krankenpflege	26
a) Fehlende kassenärztliche Verordnung	26
b) Kontinuierliche Krankenbeobachtung während Kita-Besuchs	26
2. Außerklinische Intensivpflege	27
a) Einstweilige Rechtsschutz und vorläufige Regelung zur Kostenübernahme	27
b) § 37c SGB V lex specialis zu § 37 Abs. 2 SGB V	27
3. Aufforderung zur Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	27
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	28
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	30
a) Notwendigkeit stationärer Versorgung	30
aa) Abgrenzung ambulante Notfall- von stationärer Behandlung (Verdacht auf Myokardinfarkt)	30
bb) Notfallbehandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung trotz Schockraums	30
cc) Nächtliche Sauerstoffüberwachung zur Einschätzung von Untersuchungsrisiken	31
dd) Keine teilstationäre Krankenhausbehandlung bei zweistündiger Infusion	31
ee) Keine alternative Abrechnung einer ambulanten Behandlung	31
ff) Adipositas-chirurgischer Eingriff: S 3-Leitlinie	32
gg) AOP-Vertrag: Fallindividuelle Begründung der Notwendigkeit stationärer Behandlung	32
hh) Verweildauer und Fehlbelegung bei Schmerzkatheder nach Schulteroperation	32
b) Behandlung außerhalb des Versorgungsauftrags	33
c) Verwirkung: Verspätete Rechnerkorrektur	33
d) Beweislast für den Nachweis des Zugangszeitpunkts der Unterlagenanforderung	33
e) Offensichtliche Unrichtigkeit einer OPS-Kodierung	33
f) Versorgung mit einer Cochlea-Implantation	34
g) Aufrechnungsverbot: Keine abweichende Regelung in PrüfV 2022	34
2. Prüfvereinbarung	34
a) Änderung des Prüfverfahrens/6-Wochen-Frist/Präklusion/Erstattungsanspruch	34
b) Materielle Präklusion: Konkret angeforderte Unterlagen	35
3. Fallpauschalen	35
a) Anzahl der abzurechnenden Beatmungsstunden	35
b) Begründungspflicht: Gabe von Apherese- anstelle von Pool-Thrombozytenkonzentraten	35
c) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion	36
d) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Umfang der Dokumentation	36
e) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: 24-stündige Verfügbarkeit bestimmter Verfahren	36
f) Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom infektiöser Genese	36
g) Mindestmerkmale einer teilstationären multimodalen Schmerztherapie	37
h) Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit	37
i) Invasives neurologisches Monitoring bei einer intensivmedizinischen Behandlung	37
j) Kodierung einer Nebendiagnose bei Vorerkrankung	38
k) Vergütung für Zusatzentgelte	38
aa) Einlage beschichteter (gecoverter) Stents	38
bb) Krankenhausindividuelle Vereinbarung als Voraussetzung	38
cc) Zusatzentgelt 2022-184 für die Gabe von Atezolizumab	38
dd) Zusatzentgelt für die Gabe von Vedozilumab und Liposomalem Irinotecan	39
4. Mindestmengenregelung	39
a) BVerwG: Rechtsweg für Streitigkeiten bei Unterschreitung von Mindestmengenvorgaben	39
b) Berücksichtigung der Krankenhausplanung	39
c) Frist zur Übermittlung einer Prognose/Nachvollziehbarkeit der Prognose	40
d) Widerlegung der Mindestmengenprognose	40
aa) Zeitpunkt zur Beurteilung der Rechtmäßigkeit einer Widerlegungsentscheidung	40

bb) Zeitpunkt der Entscheidung/Anforderungen an Widerlegung der Prognose	40
5. Strukturmerkmale/Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Ständige ärztliche Anwesenheit	41
6. Aufwandspauschale	41
a) Keine vorherige Durchführung des Erörterungsverfahrens vor Klageerhebung	41
b) Trotz unzutreffender Kodierung keine Minderung der Abrechnung	42
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern	42
1. Apotheken: Rückforderung der Umsatzsteuer auf Fertigarzneimittel	42
2. Pharmazeutische Unternehmer	43
a) Parenterale Ernährung: Bereitstellung eines Verordnungsservice-Portals	43
b) BVerfG: Kostendämpfungsmaßnahmen nach dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz	43
c) Markteinführung eines neu eingeführten Arzneimittels und Preisabschlag	44
d) Gestaltungsspielraum der Schiedsstelle (Retsevmo® mit Wirkstoff Selpercatinib)	44
3. Hilfsmittelverzeichnis: Umgruppierung eines Hilfsmittels	44
4. Versorgungsvertrag für Verbandmittel: Rechtsgrundlage	45
5. Physiotherapeuten	45
a) Hausbesuchs in einer „sozialen Einrichtung“	45
b) Ausgleichszahlung aus dem „Heilmittel Rettungsschirm“ für Physiotherapiepraxis	45
6. Krankentransportunternehmen: Rechnungslegungsvorschrift als Ausschlussfrist	46
7. Schiedsspruch über Vergütungsbetrag für digitale Gesundheitsanwendung	46
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	47
1. Zuführung von Finanzreserven zum Gesundheitsfonds	47
2. Finanzausgleich 2021 verfassungsgemäß	48
3. Einreichungsfrist: Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	48
X. Verfahrensrecht/Sonstiges	48
1. Widerruf der Zulassung für Komponenten der Telematikinfrastruktur	48
2. Unstatthaftigkeit einer Berufung: Kein Übersteigen des Werts des Beschwerdegegenstandes	49
3. Beschwerde in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes	49
4. Keine nach Zeitabschnitten gestaffelte Festsetzung des endgültigen Streitwerts	49
XI. Bundessozialgericht (BSG)	50
1. Keine Begrenzung der Behandlungskosten (Behandlung einer Bronchitis fibroplastica in USA)	50
2. Krankenhauskosten	51
a) Vergütungsanspruch nach Verlegung	51
b) Aufrechnung: Fristgerechte Mitteilung des bezifferten Erstattungsanspruchs	51
c) Aufwandspauschale: Zeitpunkt ist für den Beginn der Verjährung	51
d) Insolventer Krankenhausträger: Gerichtliche Geltendmachung einer Vergütungsforderung	51
3. Rezepturzuschlag für die Herstellung zytostatikahaltiger parenteraler Lösungen	52
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	53
I. Ärztliches Berufsrecht	53
1. Approbation/Berufserlaubnis	53
a) Widerruf der Approbation: Berücksichtigung eines Insolvenzverfahrens	53
b) Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes: Zahnärztliche Ausbildung in Syrien	53
2. Strafrecht	53
a) BVerfG: Totschlag in mittelbarer Täterschaft bei Suizidhilfe durch einen Arzt	53
b) Bundesgerichtshof (BGH)	53
aa) Tätigkeit eines Vertragsarztes „in freier Praxis“ trotz Scheinvertrags	53
bb) Unzureichende Ausstattung während Anästhesie für Zahnarztbehandlung	54
c) Untreue durch die Ausstellung sog. Luftrezepte	55
d) Suizid auf geschlossener Station eines Krankenhauses	55
e) Akteneinsicht eines Universitätsklinikums in staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten	55
3. Berufspflichten	56
a) Abgabe ärztlicher Befundberichte auf Verlangen des Sozialgerichts keine Berufspflicht	56
b) Nichtzahlung von Kammerbeiträgen	56
4. Ärztlicher Notdienst	56
a) Befreiung vom ärztlichen Notdienst: Hinweis auf die Kostenpflicht	56
b) Umsatzsteuerfreiheit der vertretungsweisen Übernahme eines ärztlichen Notdienstes	56
5. Werbung für Nahrungsergänzungsmittel: Nennung des medizinischen Doktorgrades	57
6. Verwaltungsgerichtliche Kontrolle eines Weiterbildungszeugnisses	57
7. Sozialversicherungspflicht	57
a) Abhängige Beschäftigung oder Selbstständigkeit eines Vertragsarztes in einem MVZ	57
b) Psychotherapeutische Entlastungsassistentin in selbstständiger Tätigkeit	57
8. Direktionsrecht: Keine Schwangerschaftsabbrüche in katholischem Krankenhaus	58

9. BGH: Vermächtnis für behandelnden Arzt	58
II. Arzthaftung	59
1. Behandlungsfehler	59
a) Fehlerhafte Behandlung aufgetretener Infektionen	59
b) Unterlassen einer Antibiose bei der Mutter nach Geburt	59
c) Überwachung und Medikation eines akut suizidalen Patienten	59
d) Zahnärztliche Behandlung	60
aa) Vorliegen einer objektiv unbrauchbaren zahnärztlichen Versorgung	60
bb) Voraussetzungen eines Nachbesserungsanspruchs	60
cc) Beweislast bei fehlenden Beweismitteln	60
dd) Keine Befragung des Nebenbehandlers	60
2. Vertragsverhältnis bei Behandlung durch Durchgangsarzt als angestellter Arzt eines Krankenhauses	61
3. Aufklärung	61
a) Aufklärung hinsichtlich der Umstellung der Medikation	61
b) Aufklärung über Biopsie bei durchgeführter Arthrotomie	62
4. Hinterbliebenengeld nach Suizid	62
5. Amtshaftung	62
a) Amtshaftung der behandelnden Ärzte nach Unterbringungsbeschluss	62
b) Verjährungsbeginn nach Rechtsmittel gegen medizinische Zwangsmaßnahme	62
6. Erfolgsaussicht für einen Prozesskostenhilfeantrag	62
7. Sachverständiger: Allgemeine, nicht auf eine der Verfahrensbeteiligten bezogene Äußerung	63
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	64
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	65

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 20.08.2025 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

Nach BSG, Urt. v. 27.08.2025 - **B 6 KA 8/24 R** - hat das LSG zutreffend entschieden, dass die **Bewertung** der Leistungen der **neuropsychologischen Einzeltherapie** nach der GOP 30932 EBM nicht gegen § 87 Abs. 2c S. 6 SGB V a.F. (heute: Satz 8) verstößt, der für die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit vorschreibt. Auch das **Gleichbehandlungsgebot** aus Art. 3 Abs. 1 GG ist nicht verletzt. Wie BSG, Urt. v. 13.12.2023 - B 6 KA 1/22 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 40 bereits entschieden hat, war der Bewertungsausschuss nicht verpflichtet, die zwar zeitgebundenen, aber nicht antrags- und genehmigungspflichtigen neuropsychologischen Leistungen ebenso zu bewerten wie die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie. Die in der Senatsrspr. entwickelten besonderen Vorgaben für die Vergütung gerade der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen können nicht auf alle anderen zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen übertragen werden. Daran hat sich entgegen der Ansicht der Kl. auch durch Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde nach GOP 35151 EBM sowie der Akutbehandlung nach GOP 35152 EBM mit Wirkung v.01.04.2017 nichts geändert. Zwar trifft es zu, dass der Bewertungsausschuss diese beiden nicht genehmigungsbedürftigen Leistungen in der gleichen Höhe wie die genehmigungsbedürftigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie bewertet hat, um ein niederschwelliges und zeitnah verfügbares Angebot psychotherapeutischer Leistungen zu fördern. Dazu war er im Rahmen seines Gestaltungsspielraums auch berechtigt. Von dieser Möglichkeit hat er im Übrigen für die Zeit ab dem 01.01.2019 auch bezogen auf die neuropsychologische Einzeltherapie Gebrauch gemacht. Entgegen der Auffassung der Kl. folgt daraus jedoch nicht, dass der Bewertungsausschuss die Genehmigungsbedürftigkeit als Differenzierungskriterium bereits mit Wirkung zum 01.04.2017 generell aufgegeben hätte.

I. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 27.08.2025 - **B 6 KA 10/24 R** - beginnt der **maßgebliche Fünfjahreszeitraum** bereits mit **Aufnahme der Tätigkeit** in der vertragsärztlichen Versorgung als **angestellter Arzt** und nicht erst mit seiner Zulassung als Vertragsarzt. Der **nahtlose Statuswechsel** vom angestellten Arzt zum Vertragsarzt ist von den Regelungen in § 95d Abs. 3 SGB V erfasst. Es besteht weder eine Regelungslücke noch bedarf es einer Sonderregelung. Die Sanktionierung des fehlenden Nachweises setzt nach dieser Vorschrift lediglich voraus, dass der Arzt bei Ablauf des Fünfjahreszeitraums als Vertragsarzt zugelassen ist und im von der Kürzung betroffenen Quartal Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit erhält. Welchen rechtlichen Status der Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung im Laufe des Fünfjahreszeitraums innehatte, ist nicht entscheidend, solange der Arzt ununterbrochen in der vertragsärztlichen Versorgung tätig war. Bereits der Wortlaut des § 95d Abs. 3 S. 1 SGB V - „seiner Fortbildungspflicht“ - knüpft an die Person und nicht den Status des Arztes an. Den Regelungen zur Unterbrechung des Fünfjahreszeitraums beim Ruhen der Zulassung und zur Möglichkeit, den Fünfjahreszeitraum für angestellte Ärzte auf Antrag zu verlängern, wenn die Beschäftigung länger als drei Monate nicht ausgeübt wird, lässt sich zudem entnehmen, dass sich nur Zeiten der Nichtausübung vertragsärztlicher Tätigkeit auf den Fünfjahreszeitraum auswirken sollen. Auch Sinn und Zweck der Sanktionierung, die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung zu sichern, stützen die Auslegung, dass der Status der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung während des Fünfjahreszeitraums unbeachtlich ist. Dass die Sanktionierung des nicht erbrachten Fortbildungsnachweises ein gerechtfertigter Eingriff in die Berufsfreiheit ist, hat der Senat bereits entschieden.

1. Missbrauch der Kooperationsform fachgruppengleicher Praxisgemeinschaft

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.09.2024 - L 7 KA 5/23

RID 25-03-1

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Parallelverfahren zu LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.09.2024 - L 7 KA 4/23 - RID 25-02-2

Leitsatz: Ein **Missbrauch der Kooperationsform** ist bei einer aus zwei Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie bestehenden **fachgruppengleichen Praxisgemeinschaft** 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 eingelesen** 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 70.958,95 € brutto (69.584,28 € netto) wegen missbräuchlicher Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft. **SG Berlin**, Urt. v. 30.11.2022 - S 22 KA 90/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Dokumentation der obligaten Leistungsinhalte

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.05.2025 - L 5 KA 2276/24

RID 25-03-2

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

Leitsatz: Zum Nachweis der Erfüllung einer GOP des EBM müssen die **obligaten Leistungsinhalte** vollständig **dokumentiert** sein. Die Bezugnahme auf Diagnosen ist nicht ausreichend. Eine durchgeführte Plausibilitätsprüfung begründet keinen **Vertrauensschutz** dahingehend, dass die zum damaligen Zeitpunkt durchgeführte Dokumentation auch in Zukunft als ausreichend angesehen wird, insbesondere, wenn die Dokumentation nicht Gegenstand der Plausibilitätsprüfung war.

Streitig ist die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarabrechnungen des kl. Orthopäden für die Quartale III/14 bis IV/15 mit einer Honorarrückforderung in Höhe von 149.263,83 €. **SG Konstanz**, Gerichtsbs. v. 18.07.2022 - S 24 KA 2876/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Keine automatische Teilnahme an HzV-Nachfolgevertrag

SG München, Urteil v. 11.07.2025 - S 28 KA 293/20

RID 25-03-3

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 73b, 75 VI, 106d III

Ärzte, die einem früheren **HzV-Vertrag** einer Krankenkasse eingeschrieben waren, nehmen nicht automatisch am **Nachfolgevertrag** teil. Die Geltung einer **Fortgeltungsklausel** setzt voraus, dass deren Verfahrensvoraussetzungen eingehalten werden. Ist dies nicht der Fall, darf die KV den Ärzten das KV-Honorar nicht einfach um die HzV-Patienten kürzen.

Die Beteiligten streiten insb. zu der Frage, ob drei Ärzte der kl. internistischen BAG im Quartal III/19 am Vertrag über eine hausarztzentrierte Versorgung der Beigel. zu 1. teilgenommen haben. Das **SG** hob den angefochtenen Honorarbescheid auf, soweit Leistungen aufgrund der Prüfregel HO11710 (Kassennr. 71101 <AOK Bayern>) gestrichen wurden, und verurteilte die Bekl., der Kl. 5.902,73 € nachzuvorgüten.

II. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 27.08.2025 - **B 6 KA 9/24 R** - ist **Rechtsgrundlage** des festgesetzten Regresses § 48 Abs. 1 BMV-Ä i.V.m. § 15 der landesrechtlichen Prüfvereinbarung ist. Danach wird der **sonstige** durch einen Vertragsarzt verursachte **Schaden**, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, oder - wie hier - aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, durch die Prüfungseinrichtungen festgestellt. Die Voraussetzungen für die Feststellung eines solchen sonstigen Schadens hat das Sozialgericht zutreffend bejaht. Der Kl. hat die für Vertragsärzte bestehende Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung verletzt. Die **persönliche Unterschrift des Arztes (jetzt die qualifizierte elektronische Signatur)** ist **wesentlicher Bestandteil der Gültigkeit einer Verordnung**. Nur mit einem **Unterschriftenstempel** versehene Verordnungen können diese hohen Qualitätsanforderungen und die Gewähr für die Richtigkeit und vor allem Sicherheit der Auswahl des verordneten Arzneimittels nicht erfüllen. Dem Kl. fällt hinsichtlich der Pflichtverletzung auch **Verschulden** zur Last, da er die Regularien der persönlichen Unterzeichnung jeglicher Art von ärztlichen Verordnungen kennen muss und diese nicht eigenmächtig ändern darf. Der Senat hat zudem bereits entschieden, dass § 48 Abs. 1 BMV-Ä insoweit dem **Vorbehalt des Gesetzes** entspricht, als er seine Grundlage in den Regelungen von § 82 Abs. 1 S. 2 i.V.m. § 72 Abs. 2 SGB V hat, mit denen durch zulässige Delegation die Träger der Selbstverwaltung zur Normsetzung durch Verträge im Rahmen des Demokratie- und Rechtsstaatsprinzips ermächtigt werden. Dazu zählen auch Regelungen zur Schadensfeststellungskompetenz durch die Prüfungsgremien. Diese sind berechtigt, einen sonstigen Schaden durch Verwaltungsakt festzustellen. Infolge der Pflichtverletzungen des Kl. ist der zu 2. beigel. Krankenkasse auch ein Schaden in der vom Bekl. festgesetzten Höhe (490.000 €) entstanden. Anhaltspunkte dafür, dass die Verordnungen nicht eingelöst worden sind oder es zu Zurückweisungen der Verordnungen durch Apotheken gekommen wäre, liegen nicht vor. Auf den Einwand des Kl., dass die Verordnungen jedenfalls medizinisch indiziert gewesen seien - im Sinne eines hypothetischen alternativen Geschehensablaufs - kommt es nicht an. Entgegen der Ansicht des Kl. verstößt die Festsetzung des Regresses weder gegen den **Grundsatz von Treu und Glauben** noch ist sie **unverhältnismäßig**. Der Regress entspricht der Summe der in vierzehn aufeinanderfolgenden Quartalen unrichtig ausgestellten Sprechstundenbedarfsverordnungen. Die Berücksichtigung eines Mitverschuldens der beigeladenen Krankenkasse kommt hier nicht in Betracht. Die Fehlerhaftigkeit der Verordnungen ist nicht ohne Weiteres erkennbar gewesen, so dass eine - die Schadenshöhe mindernde - frühere Antragstellung durch die Krankenkasse nicht auf der Hand liegt.

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. BAG: Keine Prüfung allein der Leistungen eines einzelnen Mitglieds

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.08.2024 - L 4 KA 8/22

RID 25-03-4

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 5/25 R

www.juris.de

SGB V § 106a

Parallelverfahren zu LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.08.2024 - L 4 KA 7/22 - RID 24-04-9, Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 4/25 R:

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

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

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

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

Die kl. Ärztin für Allgemeinmedizin betrieb mit einem weiteren Allgemeinmediziner eine BAG. Die Prüfungsstelle kürzte für die Quartale IV/14 bis III/15 die Leistungen nach GOP 01435 EBM („Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale“) in Höhe von insgesamt 2.135 €. Der bekl. Beschwerdeausschuss bestätigte die von der Prüfungsstelle quartalsweise festgesetzten Regresse dem Grunde nach, korrigierte jedoch einen Berechnungsfehler der Prüfungsstelle. **SG Kiel**, Urt. v. 30.03.2022 - 16 KA 46/18 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., über die Wirtschaftlichkeit der von der BAG der Kl. in den Quartalen IV/14 bis III/15 abgerechneten GOPen 01435 EBM unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

2. Strenge Einzelfallprüfung: Keine Beschränkung auf Auswertung der Behandlungsscheine

LSG Hessen, Urteil v. 26.02.2025 - L 4 KA 6/23

RID 25-03-5

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Leitsatz: Beschränken sich die Prüfungsgremien im Rahmen einer **strengen Einzelfallprüfung** auf die Auswertung der Behandlungsscheine, verstößt dies gegen die sich aus § 20 Abs. 1 und 2 SGB X ergebende Amtsermittlungspflicht.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer repräsentativen Einzelfallprüfung der GOP 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) in den Jahren 2012 und 2013/2014. Der Kl. ist seit 2006 in einer Einzelpraxis als Gynäkologe niedergelassen. Er betreibt ein Kinderwunschzentrum. **SG**

Marburg, Urt. v. 12.10.2022 - S 17 KA 12/18, S 17 KA 13/18 - RID 23-01-19 verpflichtete den Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klagen ab; das *LSG* wies die Berufung des Bekl. zurück.

3. Prävalenzprüfung und Praxisbesonderheit

LSG Hessen, Urteil v. 06.02.2025 - L 4 KA 1/23

RID 25-03-6

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Leitsatz: 1. Zu den materiellen Anforderungen an eine **Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Grundlage einer sog. Prävalenzprüfung**.

2. Das Ergebnis der Prävalenzprüfung hat lediglich die Funktion eines **Hilfsmittels zur Feststellung von Praxisbesonderheiten** im Sinne eines Aufgreifkriteriums. Damit verbleibt es bei dem Grundsatz, dass der Arzt die für eine Praxisbesonderheit sprechenden Tatsachen substantiiert vortragen muss, um über die Bereinigung des Fallwertes mittels eines prozentualen Faktors hinaus eine im Ergebnis gewichtigere Anerkennung seiner Praxisbesonderheit zu erhalten.

Gegenstand des Widerspruchsverfahrens sind die Honorarprüfungen des seit 1998 in einer Einzelpraxis zugelassenen Kl. für die Quartale I bis IV/15 wegen eines „offensichtlichen Missverhältnisses“ im Vergleich zur Fachgruppe (Allgemeinärzte/Hausärztliche Internisten) bei der GOP 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) (Kürzung in Höhe von 12.270,80 € vor bzw. 11.193,88 € nach Quotierung). *SG Marburg*, Urt. v. 16.11.2022 - S 17 KA 234/21 - RID 23-02-21 verurteilte den Bekl. zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab. Das SG berichtigte mit Beschl. v. 24.02.2023 - juris das Urteil. Das *LSG* wies auf Berufung des Bekl. die Klage ab.

Siehe auch LSG Hessen, Urt. v. 26.02.2025 - L 4 KA 27/23 - RID 25-02-11.

4. Arzneikostenregress

a) Fehlende Rezeptunterschrift

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 06.12.2024 - L 5 KA 1/23

RID 25-03-7

www.juris.de

SGB V § 106; BGB § 242; BMV-Ä § 48

Ein Vertragsarzt, der bei der Ausstellung von **Verordnungen nicht selbst unterschreibt**, verletzt das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung**. Das Gebot gilt nicht nur für die Behandlungs-, sondern auch für die Verordnungstätigkeit des Arztes; Vertragsärzte und ermächtigte Krankenhausärzte müssen es gleichermaßen beachten. Gemäß § 35 Abs. 2 BMV-Ä sind Vordrucke und Bescheinigungen vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Vertragsarztstempel zu versehen und vom Arzt persönlich zu unterzeichnen (vgl. *SG Marburg*, Urt. 28.09.2022 - S 17 KA 282/19 - juris, RID 22-04-27). Ein auch zertifiziertes Arzneimittelanforderungssystem, mit dem die persönliche Verantwortung über das zu verordnende Medikament sichergestellt werden soll, genügt nicht dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung.

Auch wenn § 32a Ärzte-ZV den **ermächtigten Arzt** - anders als § 32 Abs. 1 S. 4 Ärzte-ZV für Vertragsärzte - nicht zu einer **Mitteilung an die KV über eine Vertretung** verpflichtet, sofern diese länger als eine Woche andauert, bedeutet dies nicht, dass der ermächtigte Arzt hierzu keine Angaben zu machen hat. Tatsächlich entbindet die Regelung in § 32a Ärzte-ZV den ermächtigten Krankenhausarzt nicht davon, im Vertretungsfall den Namen des Vertreters und die Dauer der Vertretung in der **Sammelerklärung** zur Quartalsabrechnung in der hierfür vorgesehenen Rubrik vorzunehmen. Dies gilt auch für Vertretungsfälle von unter einer Woche. Denn ansonsten könnte die auf maximal drei Monate innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten begrenzte zulässige Dauer einer Vertretung nicht kontrolliert werden.

Entgegen der Rechtsauffassung des SG **liegt kein (objektiv) rechtsmissbräuchliches Verhalten der Beigel. zu 2) bezüglich der Geltendmachung des Schadensersatzanspruchs** vor. Ihre Rechtsausübung ist weder der Art noch den Begleitumständen nach zu missbilligen bzw. ungehörig. Insb. ist nicht zu erkennen, dass der alleinige oder auch nur überwiegende Zweck der Rechtsausübung die Benachteiligung des Kl. wäre. Vielmehr verweist die Beigel. zu 2) zu Recht darauf, dass es darum geht, eine mit dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung ganz wesentliche Voraussetzung des

vertragsärztlichen Leistungsrechts durchzusetzen und die bei Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten resultierenden Ansprüche im Sinne der ordnungsgemäßen Verwaltung der ihr anvertrauten Versichertengelder durchzusetzen.

Der kl. Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe behandelte als ermächtigter Chefarzt vor allem onkologisch erkrankte Patientinnen. Der Bekl. setzte einen Regress betreffend die Quartale I/10 bis IV/12 i.H.v. 260.267,32 € fest, weil u.a. in einer Vielzahl von Fällen die Verordnungen nicht vom Kl. unterschrieben worden seien. **SG Mainz**, Urt. v. 07.12.2022 - S 3 KA 14/19 - RID 23-01-21 hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit ein Regress betreffend Verordnungen ohne eigenhändige Unterschrift des Klägers festgesetzt wurde, und verpflichtete die Bekl., über den Widerspruch des Kl. gegen den Prüfbescheid unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen - betreffend Verordnungen ohne Behandlungsschein in Höhe von 14,34 € - wies es die Klage ab. Das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

b) Keine Einzelfallprüfung nach Richtgrößenprüfung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.05.2025 - L 5 KA 1505/23

RID 25-03-8

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

Leitsatz: Ärztliche Verordnungen, die bereits Gegenstand einer **Richtgrößenprüfung** waren, können einer **Einzelfallprüfung** nicht mehr unterzogen werden, soweit es um die Wirtschaftlichkeit und nicht um die Zulässigkeit der Verordnung geht. Neben der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise eines Arztes nach Maßgabe der Richtgrößenvolumina im Sinne des § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V a.F. ist eine Einzelfallprüfung unter dem Aspekt der Unwirtschaftlichkeit nach § 4 Abs. 2 und § 7 Abs. 1 PV ausgeschlossen, wenn die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise des Arztes bereits zuvor nach Richtgrößen geprüft worden und unbeanstandet geblieben ist (Anschluss an BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 18/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 51; BSG, Urt. v. 17.02.2016 - B 6 KA 3/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 54; BSG, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 21/19 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 60; BSG, Beschl. v. 19.07.2023 - B 6 KA 31/22 B - juris).

Der Kl. war als Facharzt für Innere Medizin im hausärztlichen Bereich zugelassen. Die Prüfungsstelle setzte gegenüber dem Kl. einen Regress in Höhe von 13.105,09 € für die Quartale I bis IV/14 fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Stuttgart**, Urt. v. 09.03.2023 - S 9 KA 5750/19 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Geltendmachung eines Einwands bereits gegenüber Prüfungsgremien

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.08.2024 - L 4 KA 58/19 ZVW

RID 25-03-9

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

Leitsatz: 1. Im Arzneimittelregressverfahren muss der verordnende Arzt den **Einwand**, dass die bei einem Patienten nach einem Therapiehinweis der G-BA erforderliche Medikamentenumstellung aus medizinischen Gründen nicht sofort möglich ist, **bereits gegenüber den Prüfungsgremien geltend machen**. 2. Einem derartigen Einwand - entweder anhand der Behandlungsunterlagen oder anhand der Angaben des Arztes - müssen anschließend die **Prüfungsgremien von Amts wegen** nachgehen und klären, ob hinsichtlich des betroffenen Patienten eine zumindest zeitlich begrenzt zulässige Medikamentenverordnung entgegen den rechtlich verbindlichen Vorgaben in dem Therapiehinweis des G-BA in Betracht kommt.

Die Kl. ist eine seit dem Quartal I/07 bestehende überörtliche BAG zweier Orthopäden. Ihr Mitglied Dr. Z war von 2002 bis September 2007 im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung für orthopädische Rheumatologie mit der Zusatzbezeichnung für Osteologie tätig, vor Gründung der Kl. in einer Einzelpraxis. Die Prüfungsstelle setzte in den Jahren 2008 bis 2010 mit Bescheiden gegenüber der Kl. Regresse fest, und zwar für das Quartal I/07 in Höhe von 59.419,56 €, für das Quartal II/07 48.777,16 €, für das Quartal III/07 30.022,24 €, für das Quartal IV/07 46.969,36 €, für das Quartal I/08 74.753,84 €, für das Quartal II/08 49.311,24 €, für das Quartal III/08 71.058,51 € und für das Quartal IV/08 64.458,53 €. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Kiel**, Urt. v. 10.09.2014 - S 16 KA 228/11 - wies die Klage ab. **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 10/15 - RID 19-03-20 hob den angefochtenen Bescheid auf. **BSG**, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 21/19 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 60 änderte das LSG-Urteil, soweit im Bescheid des Bekl. v. 19.05.2011 gegen die Kl. eine Ersatzpflicht für die Kosten von Enbrel® in allen streitbefangenen Quartalen und wegen der Verordnung von Humira® festgesetzt worden ist, soweit die Verordnungen ab dem 12.07.2007 ausgestellt worden sind und nicht für solche Versicherten, die von

der Kl. nicht schon für die Zeit unmittelbar vor diesem Tag mit diesem Medikament versorgt worden waren. Insoweit wies es die Berufung der Kl. gegen das SG-Urteil zurück. Im Übrigen - also hinsichtlich der Kosten für Humira® wegen Verordnungen bis zum 11.07.2007 und für solche Versicherte, die schon für die Zeit unmittelbar bis zu diesem Tag mit diesem Medikament versorgt worden waren - hob es das LSG-Urteil auf und verwies den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück. Das **LSG** hob nunmehr auf die Berufung der Kl. den angefochtenen Bescheid auf, soweit dort für die Quartale I/07 bis IV/08 ein Arzneimittelregress wegen der Verordnung von Humira® von mehr als 332.634,98 € festgesetzt worden ist, und wies im Übrigen die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 18.06.2025 - B 6 KA 7/25 B - RID 25-03-18 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

Parallelverfahren:

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.08.2024 - L 4 KA 59/19 ZVW
www.juris.de

RID 25-03-10

5. Vertragszahnärztliche Vergütung: Bereinigung der Leistungsfrequenzstatistiken (Nullabrechner)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 29.11.2023 - L 3 KA 85/17

RID 25-03-11

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 7/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I 2, 22 III, 28 II 1, 73 II 1 Nr. 2, 87 II, III, 106

Leitsatz: Eine Bereinigung der **Leistungsfrequenzstatistiken** von sog. **Nullabrechnern** ist in der vertrags(zahn)ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von Einzelleistungen allenfalls dann erforderlich, wenn ihre Häufigkeit eine gewisse **statistische Relevanz** hat.

Der Bekl. kürzte das Honorar der kl. BAG für die Quartale II/09 bis I/11 um 30.224,19 € im Rahmen einer statistischen Einzelleistungsprüfung der GOP IP 5 Bema-Z (Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren <Zähne 6 und 7> mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn). Die erhöhte Abrechnung der GOP IP 5 aufgrund der vermehrten Behandlung von Kindern und Jugendlichen sei als Praxisbesonderheit anzuerkennen, der durch eine Bereinigung der Statistik unter Berücksichtigung des Anteils an Kindern und Jugendlichen im IP 5-fähigen Alter Rechnung zu tragen sei. Dies führte in den jetzt noch geprüften Quartalen zu Überschreitungen der durchschnittlichen Häufigkeiten der Vergleichsgruppe auf 100 Fälle von 352,71% (Quartal II/09) bis 567,70% (Quartal IV/09). Der Bekl. nahm ein offensichtliches Missverhältnis bei der GOP IP 5 bei einer Überschreitung des Durchschnitts der Vergleichsgruppe um 100% an. Bei seiner Entscheidung habe er zu berücksichtigen, dass die Zahl der Behandlungsfälle des Gebührentarifs A im Vergleich zum Landesdurchschnitt der Vergleichsgruppe um 18,07% bis 48,00% unterschritten worden sei. Auch die Nichtabrechnung von Leistungen stelle eine Aussage über die Realität dar und sei deshalb statistisch abzubilden. Bei Überprüfung des Ansatzes der abgerechneten Fissurenversiegelungen anhand der Behandlungsunterlagen sei festzustellen, dass die GOP IP 5 sehr oft innerhalb eines kurzen Zeitraums wiederholt zum Ansatz gelangt sei. Das Wiederholen aller Versiegelungen lasse auf eine systematische Abrechnungsweise schließen, die unwirtschaftlich sei (wird in Bezug auf einzelne Behandlungsfälle näher ausgeführt). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Fissurenversiegelungen gelegentlich abplatzen könnten sowie „der kompensatorischen Einsparungen um bis zu 64,01% hinsichtlich der Füllungstätigkeit und der geringen Scheinzahl bei 2 Behandlern“ erkenne der Beschwerdeausschuss eine Überschreitung des neu ermittelten Durchschnitts der Vergleichsgruppe um 150% an und setze den darüberhinausgehenden Mehraufwand ab. **SG Hannover**, Ur. v. 25.10.2017 - S 35 KA 36/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Zulassungsrecht

Nach **BSG**, Ur. v. 18.06.2025 - **B 6 KA 4/24 R** - kann die ärztliche **Zusatzbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung „Schlafmedizin“** eine qualifikationsbezogene **Sonderbedarfszulassung** nicht begründen. Es besteht kein **lokales Versorgungsdefizit** in der gesamten Breite des Leistungsspektrums der jeweiligen Facharztgruppe innerhalb eines im Übrigen übertroffenen Planungsbereichs. Vielmehr machen die Kl. ein Versorgungsdefizit bezogen auf **spezielle Leistungen** geltend, die nicht von allen Ärzten der beplanten Arztgruppen angeboten werden. Die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung kommt damit von vornherein nur unter den in der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelten Voraussetzungen eines

qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs in Betracht. Nach § 37 Abs. 2 S. 2 BedarfsplRL kann eine **Zusatzweiterbildung oder Zusatzbezeichnung** - wie hier die „Schlafmedizin“ - einen Sonderbedarf nur begründen, wenn sie einer **Schwerpunktweiterbildung vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht. Hieran fehlt es bereits in zeitlicher Hinsicht.** Die Senatsrspr. stellt hierfür auf den in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen festgelegten zeitlichen Rahmen für den Erwerb einer Schwerpunktweiterbildung ab, der anfangs 36 Monate betrug. Die Musterweiterbildungsordnung 2018 und die vorliegend maßgebliche Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt haben die Weiterbildungszeit mittlerweile auf 24 Monate reduziert. Die Zusatzweiterbildung Schlafmedizin setzte ursprünglich eine Weiterbildungszeit von 18 Monaten voraus; **heute gilt für sie keine Mindestzeit mehr.** Dies **schließt ein zeitliches Gleichstehen der Zusatzweiterbildung** mit einer Schwerpunktweiterbildung und damit die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung nach den insoweit eindeutigen Vorgaben des §§ 36, 37 der Bedarfsplanungs-Richtlinie **aus.** Die Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Sonderbedarfszulassung verstoßen nicht gegen **höherrangiges Recht.** Der vom Gesetzgeber zur Konkretisierung der Maßstäbe ermächtigte GBA hat grundsätzlich einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Interesse gesetzlich Versicherter an einer bedarfsgerechten Versorgung auch im Bereich spezieller Leistungen und der Sicherung der Bedarfsplanung als wesentlichem Ordnungselement des Vertragsarztrechts gefunden, die **bei einer Zergliederung des ärztlichen Leistungsspektrums konterkariert würde.** Defizite in der schlafmedizinischen Versorgung können im Einzelfall durch die Erteilung von **Ermächtigungen** oder eine **Regelung nach § 73 Abs. 1a S. 3 SGB V** vermieden werden. Soweit sich dies für die Schlafmedizin nicht als ausreichend erweisen sollte, wäre es Sache des Normgebers, Sonderregelungen speziell für diesen Bereich zu treffen. Nach BSG, Urt. v. 18.06.2025 - **B 6 KA 5/24 R** - können **strahlenschutzrechtliche Personalvorgaben** allein einen Anspruch auf eine **Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf** nicht begründen. Soweit der Kl. geltend macht, dass sich mehr gesetzlich Versicherte für die Behandlung in seiner Praxis entscheiden würden, als dort behandelt werden können, kommt es darauf nicht an, solange die Behandlung in einer anderen Praxis am Ort durchgeführt werden kann. Ob der Kl. auch den **zweiten Linearbeschleuniger** mit den ihm derzeit zur Verfügung stehenden Versorgungsaufträgen sowie unter Berücksichtigung der Personalvorgaben aus der Richtlinie zur **Strahlenschutzverordnung** in dem gewünschten Umfang betreiben kann, ist insofern ohne Belang. Ein wesentliches Ziel der Bedarfsplanung ist die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit wäre es nicht vereinbar, wenn Ärzte durch die Beschaffung medizinischer Geräte und unter Hinweis auf das für deren Betrieb erforderliche Personal einen Anspruch auf Erteilung von Zulassungen oder Anstellungsgenehmigungen herleiten könnten.

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 **noch 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. Entsperrung des Planungsbereichs: Konzept der wohnortnahen Versorgung

SG Stuttgart, Beschluss v. 30.10.2024 - S 17 KA 3420/24 ER

RID 25-03-12

www.juris.de = MedR 2025, 480

SGB V §§ 95, 96 IV 2, 103 III; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Das Kriterium **bestmögliche Versorgung** der Versicherten im Hinblick auf die **räumliche Wahl** des Vertragsarztsitzes (§ 26 Abs. 4 Nr. 3 Spiegelstrich 5 BedarfspRL) nimmt gerade das **Konzept der wohnortnahen Versorgung** auch hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung auf. Dabei genügt eine allgemeine, jedoch nachvollziehbare Einschätzung des Bedarfs verbunden mit einer Gegenüberstellung des Bedarfs an den einzelnen avisierten Standorten.

Bei einer im Rahmen einer einstweiligen Anordnung zu treffenden **Interessenabwägung** ist für die Anordnung der sofortigen Vollziehbarkeit maßgeblich die **Sicherstellung der medizinischen Versorgung** - das zentrale öffentliche Interesse i.S.d. § 95 SGB V i.V.m. der BedarfspRL - zu berücksichtigen. Ein besonderes Interesse kann sich auch in einem überversorgten Planbereich ergeben, wenn die tatsächlichen Gegebenheiten im Planbereich mit dem Versorgungsgrad nicht in Einklang zu bringen sind (vgl. zu einer Überversorgung von ca. 570 %: LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 28.11.2017 - L 5 KA 3550/17 ER-B - unveröffentlicht).

Maßgeblich zu berücksichtigen ist, dass die Versorgungssituation bei aufschiebender Wirkung nicht verbessert werden würde, sondern sogar verschlechtert, da die genehmigte Angestellte bereits während der Weiterbildungs- und Übergangsassistenz in der Praxis tätig war und die **begonnenen Behandlungen nicht fortführen** könnte. Auch das Interesse der Patienten, bei denen eine Behandlung bereits begonnen wurde, an der Fortführung der begonnenen Behandlung ist schützenswert; insoweit wurde bereits ein Vertrauensverhältnis zur Ärztin aufgebaut.

Die Ast. betreibt als Trägerin an mehreren Standorten augenärztliche MVZ, darunter das Medizentrum E. H. MVZ. Nach partieller Entsperrung des Planungsbereichs für 0,5 Sitze genehmigte der Zulassungsausschuss (Ag. zu 2) der Beigel. zu 1) die Anstellung von Frau G., ordnete die sofortige Vollziehung an und lehnte den Antrag der Ast. auf Genehmigung der Anstellung von Frau L. ab. Hiergegen legte die Ast. Widerspruch ein. Das **SG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs der Ast. ab.

2. Nachrangregelung für MVZ

a) Vertragsarzt als MVZ-Gesellschafter ohne Tätigkeit im MVZ

SG Nürnberg, Beschluss v. 18.12.2024 - S 13 KA 7/24 ER

RID 25-03-13

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 103 IVc 3

Leitsatz: Der Nachrang nach § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V (vgl. BSG, Urt. v. 25.10.2023 - B 6 KA 26/22 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 34) gilt auch dann, wenn der Vertragsarztsitz durch ein MVZ übernommen werden soll, das in der Hand eines Einzelunternehmers liegt, der zwar auch Vertragsarzt ist, aber als solcher nicht im dem MVZ tätig ist.

Dr. R., Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie, beschäftigte Frau Dr. F., Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, als angestellte Ärztin. Dr. R. verstarb im März 2024. Die Angestelltenstelle wurde in einen Vertragsarztsitz umgewandelt und ebs. wie der Vertragsarztsitz des Dr. R. zur Nachbesetzung ausgeschrieben. Der Zulassungsausschuss ließ Dr. W. und Dr. P. mit Wirkung ab 01.10.2024 jeweils zur hälftigen Fortführung der Praxis von Dr. R. zu (jeweils halber Versorgungsauftrag) (Verfahren S 13 KA 7/24 ER). Mit weiterem Beschluss erteilte er der üBAG Dr. W., Dr. B. und Dr. P. die Genehmigung zur Beschäftigung von Herrn Dr. D. als angestellter Arzt (umgewandelte Anstellung von Frau Dr. F.) (Verfahren S 13 KA 8/24 ER, zwischenzeitlich erledigt, vgl. Rn. 91). Die übrigen Anträge lehnte er ab, auch den des Ast. Dieser hatte als Einzelunternehmer die Genehmigung zur Anstellung verschiedener Ärzte im **MVZ M.-C. S.** beantragt. Der Ast., so Rn. 78 der Urteilsgründe, betreibt als Einzelunternehmer - nicht als Vertragsarzt - 13 MVZ als MVZ M.-C. N und beherrscht mittels der gesellschaftlichen Gesamtkonstruktion um das MVZ M.-C. N letztlich mehrere Dutzend weitere MVZ. Alle MVZ M.-C. N träten - ungeachtet ihrer rechtlichen Zuordnung - als gemeinsamer Verbund auf, wie sich aus deren Homepage ersehen lasse. Der Zulassungsausschuss ordnete die sofortige Vollziehung beider Beschlüsse an. Gegen beide Beschlüsse legte nur der Ast. Widerspruch ein. Das **SG** lehnte den Antrag auf Aufhebung der Anordnung des Sofortvollzugs im Beschl. v. 11.09.2024 und auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs v. 29.09.2024 ab.

b) Nachfolgebewerbung eines MVZ: Mehrere anzustellende Ärzte

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.05.2025 - L 5 KA 1779/24

RID 25-03-14

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 103 IVc 3

Leitsatz: Bei einer Bewerbung eines MVZ um einen Vertragsarztsitz, welcher von Seiten des MVZ mit mehreren angestellten Ärzten besetzt werden soll, müssen die **Auswahlkriterien** von **jedem der anzustellenden Ärzte** erfüllt sein, um positiv berücksichtigt werden zu können. Die **Nachrangregelung** des § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V greift auch dann, wenn zwar die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte bei einem Arzt liegt, dieser jedoch nicht in dem MVZ tätig ist, welches sich auf den Vertragsarztsitz bewirbt.

Die Kl. ist Trägerin zahlreicher überörtlicher MVZ, hauptsächlich auf dem Gebiet der Augenheilkunde. Alleinige Gesellschafterin und Geschäftsführerin der Kl. ist die E1, die zum Zeitpunkt der angefochtenen Verwaltungsentscheidung in keinem der zugelassenen MVZ der Kl. als Vertragsärztin zugelassen war. Sie befand sich als Vertragsärztin in einer KV-übergreifenden BAG. Der Zulassungsausschuss ließ im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens den Beigel. zu und lehnte den Antrag der Kl. auf Auswahl und Zulassung sowie die Genehmigung und Anstellungen von G1 und Z1 ab und ordnete die sofortige Vollziehung an. Der Widerspruch der Kl. blieb erfolglos. **SG Reutlingen**, Ur. v. 08.05.2024 - S 1 KA 548/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Zweigpraxis: „Weitere Orte“ und Verbesserung der Versorgung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.12.2024 - L 11 KA 3/24

RID 25-03-15

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
Ärzte-ZV § 24 III

Maßgebender **Zeitpunkt für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit** eines ablehnenden Bescheids über die Genehmigung einer Zweigpraxis ist die letzte mündliche Verhandlung (BSG, Ur. v. 23.03.2016 - B 6 KA 9/15 R - BSGE 121, 76 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 18 Rn. 12).

Wie genau die „weiteren Orte“ i.S.v. § 24 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 Ärzte-ZV zu bestimmen sind, hinsichtlich derer die Verbesserung der Versorgungssituation zu prüfen ist, ist in der BSG-Rspr. bislang nicht genau geklärt. Angesichts dieser nicht eindeutig geklärten Rechtslage ist es erforderlich, dass die Zulassungsgremien hinreichend klar bestimmt bzw. zumindest bestimmbar darlegen, von welchem räumlichen Bereich sie als „weiterem Ort“ ausgehen. Die Angabe „O. - Sitz der Zweigpraxis - und Umgebung“ reicht nicht aus.

Eine **Verbesserung der Versorgung** der Versicherten kann im Angebot **neuropsychologischer Leistungen** liegen.

Das Angebot von **Wochenendsprechstunden** stellt eine qualitative Versorgungsverbesserung dar.

Der Kl., Facharzt für Psychiatrie sowie Facharzt für Neurologie (Zusatzbezeichnung: Psychotherapie), beantragte erfolglos die Genehmigung einer Zweigpraxis. **SG Dortmund**, Ur. v. 06.09.2023 - S 16 KA 5/22 - wies die Klage ab. Das **LSG** verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Kl. erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

4. Anwaltsgebühr: Umfangreiche Tätigkeit bei mündlicher Verhandlung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 12.03.2024 - L 9 KA 1/23

RID 25-03-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 197a; SGB X § 63 I 1; RVG § 14; RVG-VV Nr. 2300

Leitsatz: 1. Eine **Angelegenheit** ist **schwierig** i.S. der amtlichen Anmerkung zu Nr. 2300 VV RVG, wenn sie fundierte Kenntnisse der Grundsätze des **ärztlichen Zulassungsrechts** erfordert.

2. Die Teilnahme an einer **mündlichen Verhandlung** vor einem **Berufungsausschuss** für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Indiz für eine umfangreiche Tätigkeit des Anwalts i.S. der amtlichen Anmerkung zu Nr. 2300 VV RVG, zumal eine gesonderte Berücksichtigung im Rahmen der Vergütung nicht vorgesehen ist.

3. Die Abrechnung eines **2,0-fachen Ansatzes der Geschäftsgebühr** ist in einem solchen Fall des Vertragsarztrechts nicht außerhalb billigen Ermessens i.S.v. § 14 Abs. 1 Satz 4 RVG.

4. **Reisekosten** für Strecken auch **außerhalb von Bundesländern** können als Grundlage einer Erstattung nach § 63 Abs. 1 Satz 1 SGB X notwendig sein, wenn sie eine Erklärung in der Auswahl von Spezialisten im Vertragsarztrecht aus einem weiteren Bereich finden. Die Fortbildung zum Fachanwalt für Medizin- oder Sozialrecht stellt allein keine solche Spezialisierung dar.

SG Magdeburg, Urt. v. 18.01.2023 - S 1 KA 32/20 - setzte die zu erstattenden Kosten auf 2.294,80 € fest. Das *LSG* verpflichtete auf die Berufung des Kl. den Bekl., die wegen des Widerspruchsverfahrens zu erstattenden Kosten mit insgesamt 2.790,79 € festzusetzen, und wies die Berufung des Bekl. zurück.

IV. Angelegenheiten der K(Z)V

1. Entbindung des Vorstandsvorsitzenden einer KZV: Anordnung der sofortigen Vollziehung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 05.06.2025 - L 7 KA 23/25 B ER

RID 25-03-17

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Im Gegensatz zur Amtsenthebung nach § 59 Abs. 3 SGB IV darf die **Entbindung vom Vorstandsamt** nach § 59 Abs. 2 SGB IV **nicht für sofort vollziehbar erklärt** werden; angesichts der spezialgesetzlichen Regelungen in § 59 Abs. 2 und Abs. 3 SGB IV darf die allgemeinere Regelung in § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG nicht ergänzend herangezogen werden.

SG Berlin, Beschl. v. 15.04.2025 - S 22 KA 77/24 ER - RID 25-02-26 stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs des Ast. gegen den Beschluss der Ag. v. 16.10.2024 (Bescheid v. 15.11.2024), mit dem der Ast. von seinem Amt als Vorstandsmitglied der Ag. entbunden wurde, wieder her. Das *LSG* änderte auf die Beschwerde der Ag. den SG-Beschl. und hob die Anordnung der sofortigen Vollziehung des Beschlusses der Vertreterversammlung der Ag. v. 16.10.2024 auf. Es stellte fest, dass der Widerspruch des Ast. gegen die Entbindung von seinem Amt als Mitglied des Vorstandes durch den Beschluss der Vertreterversammlung der Ag. v. 16.10.2024 aufschiebende Wirkung entfaltet. Im Übrigen wies es den Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes und die Beschwerde zurück.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 05.06.2025 - L 7 KA 14/25 B ER

RID 25-03-18

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

2. Vermittlung von Videosprechstunden durch gewerbliches Unternehmen

SG München, Urteil v. 29.04.2025 - S 56 KA 325/22

RID 25-03-19

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 75, 140a; BGB § 1004; UWG §§ 3, 3a, 8 I 1

Der **Sicherstellungsauftrag** ist als absolutes Recht einzuordnen, auf das die Vorschrift des § 1004 Abs. 1 BGB analog anzuwenden ist. Eine KV kann Unterlassungsansprüche wegen Beeinträchtigungen ihres Sicherstellungsauftrags auch gegenüber Personen des Privatrechts geltend machen (*SG München*, Beschl. v. 17.07.2017 - S 28 KA 94/17 ER - juris Rn. 77). Der Sicherstellungsauftrag der KV und damit geltend gemachte Unterlassungsansprüche umfassen nicht die Bereiche, die durch sog. Selektivverträge gemäß § 140a SGB V geregelt sind, § 140a Abs. 1 S. 5 SGB V.

Ein gewerbliches Unternehmen darf nicht die Nutzung eines **elektronischen Dokumentenordners** anbieten. Das Führen einer **Patientenakte** greift in den Sicherstellungsauftrag ein.

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 Anlage 31 b BMV-Ä a.F. sowie nach § 5 Abs. 1 Nr. 8 Anlage 31 b n. F. muss der Versicherte den **Videodienst** nutzen können, **ohne sich vorher registrieren zu müssen**.

Nach § 76 Abs. 1 S. 1 SGB V steht den gesetzlich Versicherten das Recht zu, den behandelnden **Arzt** unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungsträgern **frei wählen** können. Dies ist auch bei einem Angebot von Videosprechstunden zu beachten.

Ist die Teilnahme eines Unternehmens an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung als zertifizierter Videodienstanbieter auf die technische Durchführung der Videosprechstunde beschränkt, kann es nicht die **Übermittlung der geschilderten Symptome** verlangen. Es kann ferner nicht unter Verwendung eines Fragebogens durch nichtärztliches Personal im Vorfeld des Kontaktes mit dem Arzt

und der Behandlung beurteilen lassen, ob ein gesetzlich Versicherter zur **Behandlung im Rahmen einer Videosprechstunde bereit** ist.

Die **Werbung** „Tschüss Wartezimmer. Hallo Online-Arzt. Arztgespräch, Privatrezept und Krankschreibung in Minuten.“ verstößt gegen § 9 HWG.

Ein Videodienstanbieter kann nicht eine **Vergütung** seiner Leistungen in Abhängigkeit von dem erzielten Honorar nur dann verlangen, wenn eine Videosprechstunde zustande kommt.

Ein Videodienstanbieter kann für die Einlösung eines digitalen Rezepts keine **bestimmte Versandapotheke benennen**.

Das Ermöglichen von Videosprechstunden und die Tätigkeit eines Videodienstanbieters während der **Bereitschaftsdienstzeiten** verletzt den Sicherstellungsauftrag einer KV nicht.

Die kl. KV begehrte Unterlassung einzelner von der Bekl. zu 1) angebotenen Leistungen und ihren Internetauftritt. Die Kl. sah insofern insb. ihren sich aus § 75 SGB V ergebenden Sicherstellungsauftrag beeinträchtigt und die Teilnahme der Bekl. zu 1) an Verstößen gegen Marktverhaltensnormen durch Vertragsärzte als gegeben an. Die Bekl. zu 1) ist ein gewerbliches Unternehmen, das gesetzlich und privat Krankenversicherten im gesamten Bundesgebiet anbietet, eine Videosprechstunde bei einem Arzt zu ermöglichen und für diese Sprechstunde als Videodienstanbieter tätig zu sein. Die Bekl. zu 1) ist Inhaberin der nach Anlage 31b BMV-Ä für den Videodienstanbieter erforderlichen Zertifizierungen. Darüber hinaus bietet sie weitere Leistungen an. Das **SG** gab der Klage z.T. statt.

V. Bundessozialgericht (BSG)

1. Fremdanamnese

BSG, Urteil v. 05.06.2024 - B 6 KA 25/22 R

RID 25-03-20

SozR 4-2500 § 106a Nr. 30 = ZMGR 2024, 321 = KrV 2024, 235 = GesR 2024, 798 = PflR 2025, 110 = RuP 2025, 95

Leitsatz: Für die **Fremdanamnese** im Sinne der GOP 21216 EBM-Ä ist bei einer kontinuierlichen Betreuung eine ergänzende Erhebung von lebensgeschichtlichen und sozialen Daten des Kranken im Umfang von mindestens zehn Minuten ausreichend.

2. Arzneikostenregress: Auskunft über eine Vorbehandlung

BSG, Beschluss v. 18.06.2025 - B 6 KA 7/25 B

RID 25-03-21

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. gegen **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 27.08.2024 - L 4 KA 58/19 ZVW - RID 25-03-9 wird zurückgewiesen.

Behandelnder und Patient sollen nach § 630c BGB zusammenwirken. U.a. die nach § 630f BGB zu führende **Dokumentation** der Behandlung soll gerade auch die Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt ermöglichen. Allein die **Befragung der Patienten** zu bereits durchgeführten **komplexen Vorbehandlungen** dürfte vielfach nicht zielführend oder jedenfalls nicht ausreichend sein. Dass Patienten die Weitergabe von Behandlungsdaten des vorbehandelnden Arztes aus Gründen des Datenschutzes ablehnen, dürfte die Ausnahme sein. Vor allem legt die Kl. aber nicht konkret dar, dass hier in einzelnen oder gar allen Behandlungsfällen eine solche Konstellation vorgelegen hätte.

In den Quartalen 1I/07 bis IV/08 verordneten die ärztlichen Mitglieder der kl. BAG einer Vielzahl von Patienten zur Behandlung entzündlicher Gelenkerkrankungen (rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis, ankylosierende Spondylitis) TNF-Alpha-Inhibitoren (u.a. die Präparate Humira® und Enbrel®). Auf Antrag der zu 1. beigel. AOK setzte die Prüfungsstelle wegen dieser Verordnungen einen Arzneimittelregress i.H.v. insgesamt 444.770,44 € fest. Die hiergegen eingelegten Widersprüche wies der bekl. Beschwerdeausschuss zurück. **SG Kiel**, Urt. v. 0.09.2014 - S 16 KA 228/11 - wies die Klage ab. **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 10/15 - RID 19-03-20 hob den Bescheid des Bekl. auf. Auf die Revision des Bekl. änderte **BSG**, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 21/19 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 60 das LSG-Urt. Soweit der Regress die Kosten der Verordnung von Humira® zum Gegenstand hatte, die bis zum 11.07.2007 ausgestellt worden waren, sowie für Versicherte, die unmittelbar bis zu diesem Tag mit diesem Medikament versorgt worden waren, verwies das BSG den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen. Im Übrigen wies es die Berufung der Kl. zurück. Im (teilweise) wieder eröffneten Berufungsverfahren hat das **LSG** entschieden, dass der Regress allein wegen der Verordnung von Humira® gegenüber den Patientinnen R und L in der Zeit bis zum 11.07.2017 zu Unrecht erfolgt sei. Bezogen auf die übrigen Verordnungen von Humira® und bezogen auf alle Verordnungen des Arzneimittels Enbrel® sei der Regress zu Recht erfolgt.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 18.06.2025 - B 6 KA 8/25 B
www.juris.de

RID 25-03-22

3. Keine Zulassung unter Verzichtsvorbehalt bei zwei hälftigen Versorgungsaufträgen

BSG, Beschluss v. 26.03.2025 - B 6 KA 19/24 B
www.juris.de

RID 25-03-23

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 21.10.2024 - L 12 KA 16/23 - RID 24-04-14 wird zurückgewiesen.

In § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV ist die Möglichkeit geregelt, die - grundsätzlich vollzeitig auszuübende vertragsärztliche Tätigkeit (§ 19a Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV) - auf die Hälfte oder - seit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019 - drei Viertel des Versorgungsauftrags zu beschränken. Den umgekehrten Fall einer **Erweiterung der vertragsärztlichen Tätigkeit über einen vollen Versorgungsauftrag hinaus** sieht die Vorschrift gerade nicht vor.

Das Vertragsarztsystem kennt **keine zeitliche Begrenzung der Tätigkeit**. Soweit bestimmte Regelungen etwa des EBM zur Honorarverteilung oder zur Abrechnungsprüfung (z.B. die Aufgreifkriterien der Plausibilitätsprüfung) an den Umfang des Versorgungsauftrags anknüpfen (vgl. insofern auch § 106d Abs. 2 SGB V), ergeben sich die Beschränkungen nicht aus der Unmöglichkeit, mehr als einen vollen Versorgungsauftrag inne zu haben, sondern aus diesen Vorschriften selbst. Ob diese als Berufsausübungsregelungen im Lichte des Art 12 Abs. 1 GG gerechtfertigt sind, muss anhand der konkreten Vorschrift, nicht anhand der Regelungen zum Versorgungsauftrag geprüft werden.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

a) Autologe Stammzelltransplantation/Knochenmarktransplantation

LSG Hessen, Urteil v. 30.11.2023 - L 8 KR 92/21

RID 25-03-24

www.juris.de

SGB V §§ 2 I 3, Ia, 13 III, IV, 27, 39

Eine **autologe Stammzelltransplantation/Knochenmarktransplantation** war im Mai 2014 nicht als Behandlungsmethode von **Multipler Sklerose** anerkannt und entsprach auch nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

SG Frankfurt a.M., Gerichtsbb. v. 27.01.2021 - S 18 KR 944/14 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 23.01.2025 - B 1 KR 8/24 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

b) Ambulante Sondenentwöhnung

SG Bremen, Urteil v. 12.06.2025 - S 66 KR 112/22

RID 25-03-25

www.juris.de

SGB V §§ 13 IV, 27 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Leitsatz: Bei einer **ambulanten Sondenentwöhnung**, die zumindest teilweise unter Einbeziehung telemedizinischer Behandlungsabschnitte durchgeführt wird, handelt es sich um eine neue und vom Gemeinsamen Bundesausschuss **noch nicht anerkannte Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V, auf die kein Anspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Das *SG* wies die Klage ab.

c) Apheresebehandlung (Lipidapherese)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.05.2025 - L 10 KR 517/24

RID 25-03-26

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, 13, 27 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I, 136 I 1 Nr. 2; MVV-RL Anl. 1 Nr. 1

Eine **Ultima-ratio-Situation** i.S.v. § 1 Abs. 2 der Anl. I MVV-RL liegt nicht vor, wenn die **koronare Herzkrankheit** noch mittels einer medikamentösen lipidsenkenden Therapie behandelbar ist und sich auch eine klinisch und durch bildgebende Befunde belegte Progredienz der kardiovaskulären Erkrankung nicht nachweisen lässt.

SG Münster, Urt. v. 17.06.2024 - S 4 KR 285/23 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

d) Extrakorporale Lipid-Apherese-Behandlungen (Einstweilige Anordnung)

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 31.07.2025 - L 11 KR 269/25 B ER

RID 25-03-27

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 27 I 2, 92 I 2 Nr. 5, 135 I; SGG § 86b II; MVV-RL Anl. 1 Nr. 1 § 3 II

Besteht die **Gefahr**, dass der Versicherte **ohne die Gewährung der umstrittenen Leistung** vor Beendigung des Verwaltungs- bzw. Hauptsacheverfahrens stirbt oder er schwere oder irreversible gesundheitliche Beeinträchtigungen erleidet, ist ihm die begehrte Leistung regelmäßig zu gewähren, wenn das Gericht nicht aufgrund eindeutiger Erkenntnisse davon überzeugt ist, dass die begehrte Leistung unwirksam oder medizinisch nicht indiziert oder der Einsatz mit dem Risiko behaftet ist, die abzuwendende Gefahr durch die Nebenwirkungen der Behandlung auf andere Weise zu verwirklichen. Eine solche Gefahr besteht, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass es erneut zu einem weiteren Hirn- oder Herzinfarkt kommt.

SG Münster, Beschl. v. 04.04.2025 - S 9 KR 43/25 ER - wies den Antrag ab. Das *LSG* verpflichtet die Ag. vorläufig, den Ast. für die Zeit ab Zustellung des vorliegenden Beschlusses bis zum Abschluss des

Klageverfahrens, spätestens bis zum 31.10.2025 mit regelmäßigen extrakorporalen Lipid-Apherese-Behandlungen zu versorgen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

2. Ambulante psychotherapeutische Therapie

a) Zumutbarkeit einer psychotherapeutischen Therapie

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.06.2025 - L 11 KR 269/24

RID 25-03-28

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, IIIa, 95c

Die **Kosten für selbstbeschaffte Leistungen**, die durch einen **Psychotherapeuten** erbracht werden, sind erstattungsfähig, sofern dieser die Voraussetzungen des § 95c SGB V erfüllt (§ 13 Abs. 3 S. 3 SGB V).

Auch die **psychotherapeutische Notfallbehandlung** einer Versicherten bei einer nicht zugelassenen Therapeutin ist eine Naturalleistung der GKV. Der Vergütungsanspruch richtet sich dann nicht gegen die Versicherte, sondern allein gegen die KV.

Ausweislich der Eintragungen auf der Homepage der KV Nordrhein stehen zugelassene Psychologische Psychotherapeuten, psychotherapeutisch tätige Ärzte und Fachärzte für Psychotherapie in N. und Umgebung ausreichend auch im Hinblick auf die Gesundheitsstörungen bei der Kl. zur Verfügung. So stehen derzeit **44 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**, die Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen anbieten, **in einem Umkreis von 25 km** vom damaligen Wohnort der Kl. aus zur Verfügung. Übliche Wartezeiten für die psychotherapeutische Behandlung bei zugelassenen Leistungserbringern sind regelmäßig zumutbar. Es bestand damit kein Versorgungsmangel.

Versicherten der GKV kann für den **Nachweis eines Systemversagens** nicht mehr abverlangt werden, eine bestimmte Anzahl von Therapeuten erfolglos kontaktiert zu haben (anders die bisherige Rspr.). Diese Pflicht ist spätestens zum 01.01.2022 überholt. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hat der Gesetzgeber den jetzigen § 75 Abs. 1a S. 14 SGB V ins Gesetz eingefügt. Die konkrete Pflicht der **Terminservicestellen**, auch probatorische Sitzungen zu vermitteln, besteht erst seit dem 01.01.2022. Die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist Aufgabe der KV, die die Terminservicestellen betreibt. Daraus folgt, dass die Versicherten nicht mehr verpflichtet sind, eigeninitiativ eine Vielzahl von Therapeuten zu kontaktieren und nach freien Kapazitäten zu fragen.

Im Hinblick auf die **Zumutbarkeit einer Therapie** sind die tatsächlichen Vor-Ort-Verhältnisse, die bei der Arztsuche bestehen, die gesundheitlichen Einschränkungen, denen die Versicherte bei der Bewältigung der Wegstrecken zum und vom Arzt bzw. Psychotherapeuten ausgesetzt ist, sowie ihre persönlichen Verhältnisse zu berücksichtigen (vgl. § 6 Abs. 5 der Anlage 28 BMV-Ä).

Für einen Termin bei einem Psychotherapeuten ist bei **Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel** der Zeitaufwand zum Aufsuchen des nächstgelegenen Therapeuten zzgl. 30 Minuten maßgeblich. Nach der Rechtsprechung des BSG ist die Bewältigung einer einfachen Wegstrecke von bis zu einer Stunde nicht grundsätzlich unzumutbar (vgl. hierzu BSG, Ur. v. 23.06.2010 - B 6 KA 22/09 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, juris Rn. 23 <zur Sonderbedarfszulassung und einem Versorgungsgebiet mit einem Radius von 25 km für die hausärztliche und allgemein fachärztliche Versorgung>; vgl. auch BSG, Ur. v. 17.03.2021 - B 6 KA 2/20 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 21, juris Rn. 40 ff. <zur zumutbaren Fahrzeit von 45 Minuten bei einer spezialfachärztlichen Behandlung>; vgl. auch LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 05.11.2021 - L 26 KR 8/20 - juris Rn. 27, RID 22-01-98).

SG Köln, Ur. v. 04.04.2024 - S 36 KR 1222/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Ambulante Psychotherapie nur durch approbierte Leistungserbringer

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.03.2025 - L 1 KR 65/21

RID 25-03-29

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 28 III

Das Erfordernis der **Approbation** als Arzt oder nach § 2 bzw. § 26 des Psychotherapeutengesetzes gilt insoweit auch für die Erbringung von Leistungen auf dem Gebiet der **Psychotherapie**.

SG Berlin, Ur. v. 21.01.2021 - S 223 KR 384/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung.

3. Begrenzung einer Satzungsmehrleistung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 02.07.2025 - L 16 KR 102/24

RID 25-03-30

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27a

Leitsatz: Die **Begrenzung einer Satzungsmehrleistung** für Maßnahmen der **künstlichen Befruchtung** auf „die ersten drei Versuche“ bedeutet nicht, dass nur die Versuche bei der Zählung zu berücksichtigen sind, die während der **Mitgliedschaft bei der Krankenkasse** durchgeführt werden.

SG Berlin, Urt. v. 05.03.2024 - S 198 KR 102/24 - verpflichtete die Bekl., den Kl. unter Änderung des Bescheides v. 04.04.2022 für den Behandlungsversuch am 20.06.2022 1.000 € als Satzungsleistung zu zahlen, und wies die Klage im Übrigen ab; das **LSG** wies die Berufung der Kl. zurück.

4. Privatärztliche Behandlung durch Facharzt für Umweltmedizin

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.04.2025 - L 5 KR 83/25

RID 25-03-31

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12, 27 I

Die Auffassung der Vorinstanz trifft zu, wonach ein Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit einer **Behandlung eines Privatarztes als Facharzt für Umweltmedizin** als nicht zugelassener Leistungserbringer nach §§ 27 Abs. 1, 12 SGB V nicht besteht. Für umweltmedizinischen Behandlungen stehen weiterhin Vertragsärzten mit entsprechender Zusatzausbildung zur Verfügung.

Die **Betreuung von intoxinierten Patienten** gehört regelmäßig nicht zum Fachgebiet der Fachärzte für (Hygiene und) Umweltmedizin.

SG Köln, Gerichtsbb. v. 09.08.2024 - S 24 KR 1350/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.03.2025 - L 10 KR 584/24

RID 25-03-32

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.03.2025 - L 10 KR 583/24

RID 25-03-33

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

5. Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz: Einmaliges Versäumnis einer Vorsorgeuntersuchung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.04.2025 - L 16 KR 185/24

RID 25-03-34

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 55

Auch eine (einjährige) **Vorsorgelücke** in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung erfüllt die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 55 Abs. 1 S. 7 SGB V (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.10.2024 - L 5 KR 1137/23 - RID 24-04-30, juris Rn. 38 ff.).

SG Frankfurt (Oder), Urt. v. 18.04.2024 - S 15 KR 115/23 - verpflichtete die Bekl., unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts den Antrag der Kl. auf Gewährung eines Festzuschusses zum Zahnersatz i.H.v. 75% für die Versorgung des Zahnes 45 neu zu bescheiden; im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 12.06.2025 - **B I KR 10/23 R** - ist die **Aufnahme der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III in die Anlage I** (Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sind) der **Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung** **nichtig**. Diese Anlage ist zwar grundsätzlich für Versicherte und Leistungserbringer verbindlich. Der **medizinische Nutzen** der Liposuktion bei Lipödem ist aber bis heute **nicht hinreichend belegt**. Das gilt auch für Lipödeme im Stadium III. Mit Erlass der Erprobungsrichtlinie (§ 137e Abs. 1 SGB V) hat der GBA lediglich das Potential der Methode anerkannt. Eine wissenschaftliche Evidenz dafür, die Liposuktion bei Lipödem im Stadium III unter Vorwegnahme der Ergebnisse aus der Erprobungsstudie befristet zum Gegenstand der Regelversorgung zu machen, ist nicht ersichtlich. Die

Kl. hat auch keinen Anspruch auf stationäre Versorgung mit einer Liposuktion als Potentialleistung (§ 39 Abs. 1 S. 1 Halbs. 2 SGB V i.V.m. § 137c Abs. 3 SGB V). Mit der **Qualitätssicherungsrichtlinie Liposuktion** hat der GBA auf der Grundlage von § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V Qualitätsanforderungen für alle Krankenhäuser festgelegt. Nach § 137e Abs. 2 S. 3 SGB V kann er während einer Erprobung für nichtteilnehmende Krankenhäuser Qualitätsanforderungen insb. nach § 136 SGB V festlegen. Zur Kompensation des tatsächlich noch fehlenden vollen Nutznachweises finden die Anforderungen aus der Qualitätssicherungsrichtlinie Liposuktion hier Anwendung, die die Kl. aber nicht erfüllt.

1. Postbariatrische Operation der Oberschenkel

SG Detmold, Urteil v. 25.02.2025 - S 2 KR 640/20

RID 25-03-35

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27

Eine **Straffungsoperation der Oberschenkel** ist geboten, wenn ein Versicherter bereits im Jahre 2020 und 2021 an einer Phlegmone der Oberschenkel mit Schüttelfrost und Fieber ohne Keimnachweis gelitten hat, die erst nach der Gabe von insgesamt sieben verschiedenen Antibiotika erfolgreich akut behandelt werden konnte. Dass bereits derart **viele Antibiotika eingesetzt** werden mussten, ist als dauerhafte Funktionseinschränkung anzusehen, weil diese Behandlung bei Versagen von Hautpflegemaßnahmen nicht mehr zumutbar und mehrmals wiederholt werden kann.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., dem Kl. eine Straffungsoperation im Bereich beider Oberschenkel als Sachleistung zu gewähren, und wies im Übrigen (zzgl. des Brustbereichs) die Klage ab.

2. Beidseitige operative Brustverkleinerung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.07.2025 - L 5 KR 74/22

RID 25-03-36

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, IIIa, 27 I 1 Nr. 5, 39 I

Es besteht kein Anspruch auf eine **beidseitige operative Brustverkleinerung**, wenn eine wesentliche **Ursächlichkeit** zwischen Brustumfang, -größe und -beschaffenheit und Einschränkungen im Bewegungs- und Stützapparat nicht vorliegt.

SG Detmold, Ur. v. 10.12.2021 - S 3 KR 1032/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Ur. 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. Behandlung durch Privatarzt während stationären Aufenthaltes

SG Darmstadt, Urteil v. 16.06.2025 - S 8 KR 15/22

RID 25-03-37

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13

Leitsatz: Soweit eine Krankenkasse für einen **stationären Aufenthalt** bereits **bezahlt**, ist sie nicht verpflichtet, die Kosten für eine **Behandlung** durch einen **Privatarzt** während dieses stationären

Aufenthaltes zu erstatten. Durch die Übernahme der Kosten für den stationären Aufenthalt ist **Erfüllung** nach § 362 Abs. 1 BGB eingetreten.

Die Beteiligten streiten über Kostenerstattung für drei durchgeführte Operationen (Operation 2008, 2013 und 2021) einer seltenen Erkrankung bei einem vertraglich nicht zugelassenen Arzt in einem Vertragskrankenhaus. Hinsichtlich einer weiteren Operation (Operation 2019) führte der Kläger ein Klage- und Berufungsverfahren (Az.: S 8 KR 896/19; Az.: L 1 KR 501/21). Das **SG** wies die Klage ab.

2. Psychotherapeutenvertrag bei Stellung eines Kostenerstattungsantrags

LSG Hamburg, Urteil v. 06.03.2025 - L 1 KR 34/24

RID 25-03-38

www.juris.de

SGB V § 13 III

Verpflichtet sich eine Versicherte bereits bei Stellung eines Kostenerstattungsantrags, die in Anspruch genommenen Sitzungen sowohl der Probatorik als auch der Verhaltenstherapie als Selbstzahlerin zu vergüten, so fehlt es an einer **Kausalität der Ablehnung** durch die Krankenkasse.

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 23.04.2024 - S 38 KR 2243/22 D - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

1. Mirvetuximab Soravtansine (Elahere®) bei Ovarial-Karzinom

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 27.06.2025 - L 4 KR 240/25 B ER

RID 25-03-39

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 31

Leitsatz: 1) Die sog. **Sperrwirkung einer arzneimittelrechtlichen Entscheidung** von EMA/GBA bzgl. § 2 Abs. 1a SGB V tritt ein, wenn die Behörde eine ablehnende Entscheidung betreffend des begehrten Arzneimittels und der beim Patienten vorliegenden Indikation getroffen hat (vgl. BSG, Urt. v. 29.06.2023 - B 1 KR 35/21 R - BSGE 136, 185 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 22).

2) Die Sperrwirkung tritt nicht ein, wenn EMA/GBA keine ablehnende Entscheidung zur Zulassung getroffen haben, sondern lediglich die **Studienlage** mangels ausreichender Probandenzahl nicht weiter betrieben werden kann.

3) Betreffend **Mirvetuximab Soravtansine (Elahere®) bei Ovarial-Karzinom** mit 4 erfolglosen Vor-Therapien (Chemo-Therapien): EMA/GBA mit Zulassung nach 1-3 erfolglosen Vor-Therapien (Phase III-Studie mit bis zu 3000 Probanden, keine Studie zu >3 Vor-Therapien bei nur 11 Probanden).

SG Osnabrück, Beschl. v. 13.06.2025 - S 46 KR 106/25 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab. Das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, die Ast. mit Mirvetuximab Soravtansine (Elahere) zu versorgen.

2. Versorgung mit Cannabis

a) Begründete Einschätzung: Keine Änderung durch Konsumcannabisgesetz

LSG Bayern, Urteil v. 19.05.2025 - L 20 KR 474/23

RID 25-03-40

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Leitsatz: 1. Die Anforderungen an eine begründete Einschätzung im Rahmen der Genehmigung einer Verordnung von Cannabis haben sich durch das **Konsumcannabisgesetz** (CanG) vom 27.03.2024 (BGBl. I Nr. 109, S. 2) nicht geändert, denn im Hinblick auf die Versorgung Versicherter mit Cannabis zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber keine Änderung der Risikobewertung vorgenommen.

2. Die Möglichkeit der Verordnung von Cannabis durch bestimmte Vertragsärzte ohne einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse aufgrund der am 17.10.2024 in Kraft getretenen Änderung des

§ 45 der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) steht einer **Klage auf Erteilung einer Genehmigung** nicht entgegen.

SG Bayreuth, Ur. v. 19.06.2023 - S 6 KR 613/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Begründete Einschätzung auch nach Cannabisgesetz erforderlich

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.03.2025 - L 5 KR 885/24

RID 25-03-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Liegt die **begründete Einschätzung** des behandelnden Vertragsarztes, deren Beibringung allein dem Versicherten obliegt (BSG, Ur. v. 20.03.2024 - B 1 KR 24/22 R - GesR 2024, 635; BSG, Ur. v. 10.11.2022 - B 1 KR 28/21 R - BSGE 135, 89 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 31), nicht vor, so besteht kein Anspruch auf Versorgung mit Cannabis. Die Voraussetzungen einer begründeten Einschätzung sind auch nicht durch das zum 01.04.2024 in Kraft getretene **Cannabisgesetz** v. 27.03.2024 (BGBl. I, Nr. 109, S. 1 ff.) überholt.

SG Mannheim, Ur. v. 08.02.2024 - S 7 KR 612/22 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Multimodale Schmerztherapie als Behandlungsalternative

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.04.2025 - L 1 KR 237/23

RID 25-03-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Ein Anspruch auf Versorgung mit **Cannabis** besteht nicht, wenn zur Behandlung der Schmerzzustände die stationäre multimodale Schmerztherapie zur Verfügung steht.

SG Frankfurt (Oder), Gerichts. v. 09.06.2023 - S 42 KR 869/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Mögliche Behandlungsalternativen

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 28.11.2024 - L 1 KR 70/24

RID 25-03-43

www.juris.de

SGB V § 31 VI

Besteht zur Behandlung eine **Vielzahl möglicher Behandlungsalternativen** (hier: eine medikamentöse Schmerztherapie mit u.a. Opioiden wie Hydromorphon oder Buprenorphin, die leberunabhängig verstoffwechselt werden können), besteht kein Anspruch auf Versorgung mit Cannabis.

SG Mainz, Ur. v. 10.04.2024 - S 2 KR 97/22 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) ADHS: Schwere der dadurch verursachten sozialen Anpassungsschwierigkeiten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.04.2025 - L 1 KR 135/23

RID 25-03-44

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Ist die Erkrankung nicht lebensbedrohlich, besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Cannabis nur, wenn die **Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt** ist. Bei ADHS hängt dies u.a. von der **Schwere der dadurch verursachten sozialen Anpassungsschwierigkeiten** ab. Auch kann ADHS im Erwachsenenalter grundsätzlich medikamentös (Ritalin, Atomoxetin) behandelt werden.

SG Berlin, Ur. v. 24.02.2023 - S 29 KR 1827/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Arzneimittel zur Gewichtsregulierung (Wegovy)

SG Mainz, Urteil v. 16.06.2025 - S 7 KR 76/24

RID 25-03-45

SGB V §§ 13 III 1, 27, 31 I 1, 34 I 7 u. 8, 92 I 2 Nr. 6

Leitsatz: Gesetzlich Krankenversicherte haben keinen Anspruch auf Versorgung mit **Wegovy**.

Das **SG** wies die Klage ab.

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 12.06.2025 - **B 3 KR 13/23 R** u. **B 3 KR 5/24 R** - trifft die Ansicht des LSG, dass der im Freiburger Einsilbertest gemessene **Hörzugewinn von 5 %-Punkten unbeachtlich sei und subjektive Wertungen zur Feststellung des Hörvermögens im Alltag von vornherein auszuklammern seien**, nicht zu. Jeder unter ordnungsgemäßer Anwendung des Freiburger Einsilbertests **gemessene prozentuale Hörzugewinn** im Sprachverstehen, der bei Einsatz von Überfestbetragsgeräten im Vergleich zu aufzahlungsfreien Festbetragsgeräten gemessen wird, ist ein **relevanter Hörvorteil**. Ob aus diesem unter Testbedingungen gemessenen Hörzugewinn auch ein erheblicher Gebrauchsvorteil im Alltag erwächst, der zu einem Versorgungsanspruch Versicherter zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung führt, kann nicht ohne Berücksichtigung ergänzender, subjektiver Wertungen und Eindrücke der Versicherten beurteilt werden. Dazu können nach der Hilfsmittel-Richtlinie der standardisierte APHAB-Fragebogen zur Bestimmung der Hörbehinderung ebenso wie hörrelevante Alltagsangaben und Informationen im Rahmen der Kommunikation mit HNO-Fachärzten oder Hörgeräteakustikern herangezogen werden, die gegebenenfalls durch persönliche Aufzeichnungen der Versicherten, wie zum Beispiel das Führen eines strukturierten Hörtagebuchs, unterstützt werden können. Auch in Ansehung der bei der Hilfsmittelversorgung gesetzlich Krankenversicherter durch das Wirtschaftlichkeitsgebot gesetzten Grenzen kann dem Versorgungsanspruch nicht generell entgegen gehalten werden, dass ein **besserer Komfort des Überfestbetragsgeräts** nicht mehr von der Leistungspflicht der Krankenkasse erfasst wird. Soweit der festgestellte **Hörvorteil** maßgeblich auf den Komfort des Gerätes zurückzuführen ist, handelt es sich **nicht um leistungsausschließende Faktoren wie Luxus oder Bequemlichkeit**. Denn hörbehinderte Menschen sind nicht vom allgemeinen Fortschritt der Digitalisierung und Technisierung ausgeschlossen, der auch Menschen mit nicht eingeschränktem Hörvermögen vielfältige und zugleich angemessene Erleichterungen im Alltag bringt wie zum Beispiel beim Telefonieren oder Musikhören. Insofern führt der Senat seine Rechtsprechung unter Berücksichtigung dieser Entwicklung fort. Nach BSG, Urt. v. 12.06.2025 - **B 3 KR 12/23 R** - besteht kein Anspruch auf Erstattung von Kosten für ein Paar propriozeptive (synonym für sensomotorische) Einlagen mangels einer positiven Empfehlung des GBA. Einer Kostenübernahme in Form der Kostenfreistellung oder Kostenerstattung steht die **Sperrwirkung des Methodenbewertungsvorbehalts nach § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V** entgegen, wonach neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen nur erbracht werden dürfen, wenn der GBA auf Antrag Empfehlungen abgegeben hat über u.a. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Soweit hierzu Feststellungen zum allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu treffen sind, obliegen diese nach der neueren Senatspr. bei jedenfalls auch zu kurativen oder präventiven Zwecken bestimmten Hilfsmitteln **ausschließlich dem GBA**, wenn sie in medizinischer Hinsicht wesentliche, bisher nicht geprüfte Neuerungen im Vergleich zu etablierten Therapien betreffen. Dies gilt auch für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich. Nach BSG, Urt. v. 12.06.2025 - **B 3 KR 6/24 R** - ist im Streit um die **Hörgeräteversorgung** zudem der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung notwendig **beizuladen**, wenn ein spezifischer beruflicher Versorgungsbedarf bestehen kann.

1. Mehrfachversorgung mit einem Adaptivrollstuhl mit Elektroantrieb

SG München, Urteil v. 25.10.2023 - S 7 KR 686/23

RID 25-03-46

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: Die **Mehrfachversorgung mit einem Adaptivrollstuhl mit Elektroantrieb** ist vorliegend mit dem Gebot der **Wirtschaftlichkeit** unvereinbar, da die Krankenkasse die Versicherte bereits mit einem Elektrorollstuhl mit Hubvorrichtung versorgt hat. Dann besteht kein Anspruch auf Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Weil die Klägerin **bereits mit dem Elektrorollstuhl mit Hubvorrichtung versorgt** ist, gelten für ein funktionsgleiches Hilfsmittel strenge **Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit**. Der begehrte, zusätzliche Elektroantrieb für den Adaptivrollstuhl wäre lediglich zum Sitzen für wenige Stunden geeignet, und würde damit keinen wirksamen Behinderungsausgleich im Außenbereich ermöglichen. Eine länger andauernde Nutzung des begehrten zusätzlichen Elektroantriebs für den Adaptivrollstuhl ist bereits aus gesundheitlichen Gründen nicht sinnvoll. Der vorhandene Elektrorollstuhl mit Hubvorrichtung dient nicht nur dazu, die Mobilität der Klägerin sicherzustellen, sondern soll mittels vielfältiger Einstellungsmöglichkeiten auch präventiv einseitigen Belastungen und Fehlhaltungen entgegenwirken.

Im Rahmen der vorzunehmenden **Kosten-Nutzen-Abwägung** erachtet es die Kammer angesichts der hohen Kosten der Mehrfachversorgung und der bestehenden Alltagsbegleitung für zumutbar, dass die Klägerin den Adaptivrollstuhl ohne Elektroantrieb dort nutzt, wo ein Zugang mit dem vorhandenen Elektrorollstuhl mit Hubvorrichtung nicht möglich ist. Dabei war zu berücksichtigen, dass der schwerbehinderten Versicherten eine Alltagsbegleitung zur Verfügung steht, welche den Adaptivrollstuhl schieben kann. Auf diese Weise wird der Versicherten die Inanspruchnahme von Ärzten und Therapeuten ebenso wie das Aufsuchen des Badezimmers ermöglicht, soweit der

Elektrorollstuhl mit Hubvorrichtung hierfür ungeeignet ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Klägerin bei vielerlei Verrichtungen (z.B. Toilette, Waschen) auf die Unterstützung durch eine Pflegeperson angewiesen ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Zweitversorgung mit einem Therapiestuhl zum Besuch einer Kindertageseinrichtung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 11.12.2024 - L 4 KR 69/24

RID 25-03-47

Revision anhängig: B 3 KR 4/25 R

www.juris.de

SGB V § 33 I; SGB VIII §§ 22, 24

Der Besuch der **Kindertageseinrichtung** zählt nicht zu den Grundbedürfnissen der Versicherten im Sinne der medizinischen Rehabilitation, denn die Versicherte war zum Antrags- und Bewilligungszeitpunkt noch keine drei Jahre alt. Ein Anspruch auf Zweitversorgung nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V kommt jedoch erst **ab Vollendung des dritten Lebensjahres** in Betracht (so auch LSG Sachsen, Urte. v. 18.06.2020 - L 9 KR 761/17 - juris, RID 20-03-97; SG Dortmund, Urte. v. 05.08.2020 - S 83 KR 6564/19 - juris, RID 20-04-91).

SG Hannover, Urte. v. 23.12.2023 - S 95 KR 846/22 - verurteilte die Bekl., an den Kl. 3.316,94 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Rollstuhlzuggerät: Keine alternative Verurteilung

LSG Hamburg, Urteil v. 09.05.2025 - L 1 KR 89/24

RID 25-03-48

www.juris.de

SGB V § 33 I

Ein Urteil mit einer **alternativen Verurteilung** ist bereits deshalb aufzuheben, weil eine alternative Verurteilung mangels **Bestimmtheit** und **Vollstreckungsfähigkeit** per se unzulässig ist.

SG Hamburg, Urte. v. 11.10.2024 - S 60 KR 931/21 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Rollstuhlzuggerät, entweder dem e-pilot P15 oder alternativ dem PAWS City 12“/14“ (Produktmerkmale entspr. der Positionsnummer 18.99.04.0035), zu versorgen. Das **LSG** wies die Klage ab.

4. Kinderpflegebett als Hilfsmittel des mittelbaren Behinderungsausgleichs

LSG Bayern, Urteil v. 17.06.2025 - L 5 KR 301/22

RID 25-03-49

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Zu den Anforderungen an einen **Erstattungsanspruch** gemäß § 105 SGB X des drittangegangenen Trägers.

2. Ein **Kinderpflegebett** mit Holzumbau kann als **gemischtes Hilfsmittel** in die Zuständigkeit des Krankenversicherungsträgers fallen, wenn es einerseits der Pflegeerleichterung dient und andererseits dazu führt, dass ein behindertes Kind nachts ruhiger schläft, sich nicht mehr verletzt und am nächsten Tag konzentrierter und aufnahmefähiger ist.

3. Jedenfalls bei behinderten Kindern und Jugendlichen gehört auch das **Schlafen** zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens, weil es die Auswirkungen der Behinderungen im täglichen Leben mildert.

SG Augsburg, Urte. v. 23.05.2022 - S 10 KR 39/21 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. einen Betrag von 9.786,19 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

5. Hörgeräteversorgung/Beschaffungsweg: Festbetragsangebot als Ablehnung der Mehrkosten

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 06.03.2025 - L 6 KR 122/20

RID 25-03-50

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, 35 V 3, 36 III

Leitsatz: Zur Frage der (Nicht)einhaltung des **Beschaffungsweges bei der Hörgeräteversorgung**.

SG Rostock, Urt. v. 29.10.2020 - S 11 KR 275/18 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., an den Kl. 1.442 € zu zahlen.

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. Häusliche Krankenpflege

a) Fehlende kassenärztliche Verordnung

LSG Hessen, Urteil v. 22.08.2024 - L 1 KR 63/22

RID 25-03-51

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, 37

Es besteht nach der zutreffenden Auffassung der Vorinstanz kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für häusliche Krankenpflege, wenn dieser **keine kassenärztliche Verordnung** zugrunde liegt.

SG Gießen, Gerichtsbb. v. 17.02.2022 - S 7 KR 432/20 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.
BSG, Beschl. v. 16.07.2025 - B 3 KR 31/24 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

b) Kontinuierliche Krankenbeobachtung während Kita-Besuchs

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 11.07.2025 - L 6 KR 18/25 B ER

RID 25-03-52

www.juris.de

SGB V §§ 37, 37c

Leitsatz: Eine **ärztliche Verordnung** ist zwar notwendige, nicht jedoch hinreichende Bedingung für einen Anspruch Versicherter auf Leistungen der **häuslichen Krankenpflege**.

Die Frage, ob eine kontinuierliche Krankenbeobachtung **auch außerhalb des Anwendungsbereichs von § 37c SGB V (außerklinische Intensivpflege)** beansprucht werden kann, ist nicht zu beantworten, wenn es im Einzelfall keiner kontinuierlichen Krankenbeobachtung bedarf.

SG Stralsund, Beschl. v. 07.04.2025 - S 3 KR 31/25 ER - lehnte den Antrag, die Ag., hilfsweise den Beigel. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, der Ast. Leistungen der Individualbegleitung während der Dauer des Kita-Besuches der Ast. zu gewähren, ab; das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. Außerklinische Intensivpflege

a) Einstweilige Rechtsschutz und vorläufige Regelung zur Kostenübernahme

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 23.04.2025 - L 4 KR 138/25 B ER

RID 25-03-53

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 37c; SGB IX § 19; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Gem. § 37c Abs. 1, Abs. 4 SGB V ist es primär **Aufgabe der gesetzlichen Krankenkasse (KK)**, die Versorgung der/s Versicherten mit Leistungen der **Außerklinischen Intensivpflege (AKI)** sicherzustellen. Der gesetzlichen Konzeption ist keine Verpflichtung eines Dritten zu entnehmen, auch nicht eines Gerichts, eine geeignete Einrichtung zu suchen und zu benennen.

2. Ist die KK dazu nicht in der Lage, gibt § 37c Abs. 4 SGB V ausdrücklich der/m Versicherten eine über § 13 Abs. 3 und Abs. 3a Satz 7 SGB V und § 29 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) hinausgehende Möglichkeit, die **Versorgung selbst zu beschaffen** und hierfür von der KK eine angemessene **Kostenerstattung** zu verlangen. Dies kann etwa dann der Fall sein, wenn der KK die entsprechenden Kapazitäten fehlen, sie also nicht ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung hat, die ihr gegenüber vertraglich gebunden sind.

3. Ist danach zwar grundsätzlich nicht vorrangig das Gericht (als Dritter) dazu berufen, die Versorgung der/s Versicherten durch einen Pflegedienst sicherzustellen, kann dennoch ausnahmsweise das Gericht hier: im Wege einstweiligen Rechtsschutzes - mit einer **vorläufigen Regelung** im Sinne der Verpflichtung der gesetzlichen KK zu einer **Kostenübernahme** betreffend eines bestimmten Pflegedienstes entscheiden, wenn sich die KK zu Unrecht weigert, einen bzw. einen bestimmten Pflegedienst zu beauftragen, und dadurch ein Anordnungsgrund in der Leistungssituation der/s Versicherten entsteht, etwa wegen fehlender Liquidität zur Vor-Finanzierung des Pflegedienstes (vorliegend nicht glaubhaft gemacht).

SG Hannover, Beschl. v. 01.04.2025 - S 2 KR 165/25 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) § 37c SGB V lex specialis zu § 37 Abs. 2 SGB V

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 27.06.2025 - L 4 KR 216/25 B ER

RID 25-03-54

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 37c; SGB IX § 19; SGG § 86b II

Leitsatz: § 37c SGB V (außerklinische Intensivpflege) und § 37 Abs. 2 SGB V (Häusliche Krankenpflege HKP) stehen im normativen Verhältnis zueinander dergestalt, dass **§ 37c SGB V lex specialis** zu § 37 Abs. 2 SGB V ist (ebenso: LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 19.03.2025 - L 11 KR 302/25 ER-B - juris Rn. 23, RID 25-02-70; Knorr in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 37c SGB V, Rn. 10).

Die Ast. begehrte im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege während des Aufenthaltes in der Kindertagesstätte. **SG Braunschweig**, Beschl. v. 28.04.2025 - S 31 KR 67/25 ER - lehnte den Antrag auf einstweilige Gewährung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ab dem 01.03.2025 bis zum 01.09.2025 für bis zu 40 Stunden wöchentlich ab.

3. Aufforderung zur Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

LSG Bayern, Urteil v. 19.05.2025 - L 20 KR 186/23

RID 25-03-55

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 51

Leitsatz: 1. Für die **Prognoseentscheidung** der Krankenkasse, ob beim Versicherten ein Zustand der erheblichen Gefährdung oder Minderung der **Erwerbsfähigkeit** noch voraussichtlich 6 Monate andauern wird, bedarf es eines **ärztlichen Gutachtens**, in dem die erhobenen Befunde - zumindest summarisch - wiedergegeben werden und eine Äußerung zu den durch die festgestellten Gesundheitsstörungen bedingten Leistungseinschränkungen und ihrer voraussichtlichen Dauer enthalten ist.

2. Eine fehlende **Ermessensausübung** kann zwar grundsätzlich auch noch im Widerspruchsbescheid nachgeholt werden. Eine **Nachholung** zu einem Zeitpunkt, in dem die dem Versicherten gesetzte Frist

zur Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bereits abgelaufen ist, ist jedoch nicht mehr möglich.

SG Würzburg, Gerichtsb. v. 28.03.2023 - S 11 KR 17/23 - wies die Klage ab, das *LSG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 27.08.2025 - **B 1 KR 28/24 R** - setzt der von der Kl. kodierte Operationen- und Prozedurenschlüssel 8-980.21 voraus, dass eine „**intensivmedizinische**“ **Komplexbehandlung** stattgefunden hat. Nach der BSG-Rspr. ist **Intensivmedizin** die Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind. Ziel ist es, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen. Hieran hält der erkennende Senat weiterhin fest. Der Begriff der Intensivmedizin ist **funktional** an den deutlich gesteigerten Behandlungsnotwendigkeiten für die Aufrechterhaltung der akut bedrohten Überlebensfähigkeit schwer erkrankter Patienten orientiert. Es ist aber **kein quantitativer Begriff**. Mit dem Begriff der Intensivstation ist **keine konkrete apparative oder personelle Mindestausstattung** im Sinne von Strukturmerkmalen oder ein konkreter Personalschlüssel für die ärztliche oder pflegerische Tätigkeit verbunden. Gleichwohl setzt eine Intensivstation im Krankenhaus **eine oder mehrere auf Dauer angelegte, separate räumlich-organisatorische Einheiten** voraus, in denen die notwendigen personellen und sächlichen Mittel vorgehalten werden. Für ein notwendiges unmittelbares notfallkompetentes Eingreifen muss **zumindest ein Arzt jederzeit verfügbar** sein. Nicht erforderlich ist, dass jede Intensivstation alle denkbaren intensivmedizinisch zu behandelnden Fälle nach ihrer personellen und sächlichen Ausstattung bewältigen können muss. Die Ausstattung muss aber so beschaffen sein, dass sie die Aufrechterhaltung der akut bedrohten Überlebensfähigkeit schwer erkrankter Patienten nach den maßgeblichen ärztlichen Standards **grundsätzlich ermöglicht**. Sonstige Voraussetzungen für die Kodierung des genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels ergeben sich aus den dort genannten Mindestmerkmalen. Der Vergütungsanspruch hängt allerdings **nicht davon ab, wie die Station vom Krankenhaus konkret bezeichnet wird**. Nach BSG, Urt. v. 27.08.2025 - **B 1 KR 13/24 R** - gilt für eine „**intensivmedizinische Versorgung**“ die vorstehend zu B 1 KR 28/24 R **wiedergegebenen Definition der Intensivmedizin**. Anders als der in B 1 KR 28/24 R abgerechnete Operationen- und Prozedurenschlüssel stellt die hier maßgebliche **Deutsche Kodierrichtlinie 10011** keine über die „intensivmedizinische Versorgung“ hinausgehenden Anforderungen auf. Sie stellt auch keinen Bezug zu einer räumlich-organisatorischen Einheit im Sinne einer „Intensivstation“ her. Erforderlich ist neben der **Beatmungsnotwendigkeit** als solcher, dass zumindest eine weitere für das Leben notwendige **vitale oder elementare Funktion** (Kreislauf, Homöostase oder Stoffwechsel) bei dem Versicherten lebensgefährlich bedroht oder gestört ist. Der Versicherte muss deswegen zu seiner Überwachung und Behandlung auch insoweit der Mittel der Intensivmedizin bedürfen, also einer umfassenden apparativen und personellen Ausstattung. Wie dies räumlich-organisatorisch im Krankenhaus sicherzustellen ist, regelt die Deutsche Kodierrichtlinie nicht. Dies wird in der Regel durch das Vorhalten einer Intensivstation erfolgen. Es ist aber nicht grundsätzlich ausgeschlossen, dass die notwendigen Geräte auch auf einer anderen Station zum Einsatz kommen können, solange sie im **Bedarfsfall** am Bett des Patienten unmittelbar zur Verfügung stehen. Auch der **Arzt mit Notfallkompetenz** muss nicht zwingend durchgängig auf der Station präsent sein. Er muss aber erforderlichenfalls unmittelbar, das heißt innerhalb weniger Minuten, eingreifen können. Nach BSG, Urt. v. 27.08.2025 - **B 1 KR 36/24 R** - ist die **materielle Ausschlussfrist des § 325 SGB V** i.d.F.v. 11.12.2018 nicht auch auf vor ihrem Inkrafttreten vorgenommene **Aufrechnungen** öffentlich-rechtlicher Erstattungsansprüche der Krankenkassen mit Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser anzuwenden. Die Vorschrift schließt die Geltendmachung eines vor dem 01.01.2017 entstandenen Erstattungsanspruchs einer Krankenkasse, und damit insbesondere die Aufrechnung, jedenfalls ab ihrem Inkrafttreten am 01.01.2019 aus. Die dort geregelte Ausschlussfrist für das gerichtliche Verfahren endete mit Ablauf des 09.11.2018. Nach dem Wortlaut des § 325 SGB V alte Fassung bleibt eine am 09.11.2018 rechtshängig gewordene Klage einer Krankenkasse auf Erstattung auch ab dem 01.01.2019 zulässig und wirkt verjährungshemmend. Nach BSG, Urt. v. 16.07.2025 - **B 1 KR 30/24 R** - ist es einem Krankenhaus nach **Ablauf der Fünf-Monats-Frist** des § 7 Abs. 5 S. 2 **PrüfV 2016** verwehrt, den Datensatz durch **Nachkodierung** anderer vergütungsrelevanter **Zusatzentgelte** zu ergänzen, wenn sich der dem MDK erteilte Prüfauftrag (u.a.) allgemein auf die korrekte Abrechnung der Zusatzentgelte bezieht. Nach BSG, Urt. v. 16.07.2025 - **B 1 KR 12/24 R**, **B 1 KR 9/24 R** und **B 1 KR 22/24 R** - ist es einem Krankenhaus ebs. verwehrt, weitere Nebendiagnose nach Fristablauf nachzukodieren. Nach BSG, Urt. v. 16.07.2025 - **B 1 KR 17/24 R** - gilt dies auch nach der PrüfV 2014. Zudem sind auch innerhalb der Fünf-Monatsfrist nach Einleitung des Prüfverfahrens **Korrekturen** und Ergänzungen von Datensätzen nach § 7 Abs. 5 S. 1 PrüfV 2014 **nur einmalig möglich**. Nach BSG, Urt. v. 16.07.2025 - **B 1 KR 18/24 R** - ist § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 aber **teleologisch zu reduzieren**, wenn die Krankenkasse die vom Krankenhaus kodierte **Hauptdiagnose beanstandet und diese in der Folge streitig bleibt**. Die gerichtliche Prüfung des streitigen Vergütungsanspruchs ist in diesem Fall nicht auf die vom Krankenhaus kodierte Hauptdiagnose beschränkt. Der Anspruch des Krankenhauses kann dabei aber nicht über den Rechnungsbetrag hinausgehen, der sich aus der ursprünglich erfolgten Kodierung oder in zulässiger Weise nach § 7 Absatz 5 PrüfV 2016 bis zum Abschluss des Prüfverfahrens oder in Übernahme des Prüfergebnisses des MDK erfolgten Nachkodierung ergibt. Nach BSG, Urt. v. 16.07.2025 - **B 1 KR 3/24 R** - liegt für das **Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus** seit Inkrafttreten der §§ 31 ff des Krankenhausfinanzierungsgesetzes am 20.07.2021 eine ordnungsgemäße **Beilehung** vor und kommt diesem eine **Verwaltungsaktfähigkeit** zu. Die **Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung** ist mit der verfassungsgemäßen Ermächtigungsgrundlage in § 137i Abs. 3 S. 1 i.V.m. Abs. 1 S. 1 und 2 SGB V vereinbar. Der Verordnungsgeber durfte sich aufgrund seines weiten methodischen und inhaltlichen Gestaltungsspielraums der Methode des personalassoziierten Risikos für Pflegekomplikationen bedienen. Er folgt damit der Konzeption, an die auch der Gesetzgeber angeknüpft hat. Der Gesetzgeber hat seinen weiten Gestaltungsspielraum bei der Regelung von Qualitätsanforderungen für die Krankenhausversorgung nicht überschritten. Nach BSG, Urt. v. 12.06.2025 - **B 1 KR 8/24 R** - schließt zwar das Versäumnis der Beklagten, der klagenden Krankenhausträgerin innerhalb der Frist des § 8 S. 3 Prüfverfahrensvereinbarung 2014 ihre abschließende Entscheidung mitzuteilen, den Erstattungsanspruch nicht aus. Mit dem **Ablauf der Frist** ist die Bekl. aber

unabhängig von einem Verschulden so zu stellen, als habe sie das **Prüfverfahren nicht eingeleitet** (dazu s. BSG, Urt. v. 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R - BSGE 134, 172 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 39 Rn. 32 ff.). Daraus folgt ein **Beweiserhebungs- und -verwertungsverbot** für diejenigen Beweismittel, die Gegenstände des Prüfverfahrens betreffen und die der Beklagten nur durch die Prüfung des MDK zugänglich gemacht werden dürfen. Die Durchsetzbarkeit ihres eventuell bestehenden Erstattungsanspruchs ist deshalb erheblichen Einschränkungen unterworfen. Mangels Zugriffs auf die Unterlagen und Erkenntnisse des Prüfverfahrens verblieb der Bekl. nur die - hier tatsächlich nicht bestehende - Möglichkeit, den Erstattungsanspruch auf ihr in anderer Weise rechtmäßig bekannt gewordene Daten zu stützen. Es hat keine Ermittlungspflicht des SG bestanden, weil es der Bekl. nicht gelungen war, allein mit den außerhalb des Prüfverfahrens zugänglichen Beweismitteln einen Anlass für gerichtliche Ermittlungen aufzuzeigen. Die Bekl. hatte ihren Erstattungsanspruch nur mit dem ausgeschlossenen Gutachten des MDK begründet. Die ohne Anlass und damit zu Unrecht angeforderten Behandlungsunterlagen des Krankenhauses unterlagen ebenso wie das darauf gestützte gerichtliche Sachverständigengutachten einem Beweisverwertungsverbot. Die Folgen der Beweisnot trägt hier die Bekl. Nach BSG, Urt. v. 12.06.2025 - **B 1 KR 40/24 R** - führt eine **Kürzung der Verweildauer um zwei Belegungstage** bereits nicht zu einem sog. **Kurzlagerabschlag**. Im Übrigen lag nach den bindenden Feststellungen des LSG eine sekundäre Fehlbelegung nicht vor. Die **gerichtliche Geltendmachung einer primären Fehlbelegung** ist hier dagegen **ausgeschlossen**. Die Bekl. beanstandete mit ihrer abschließenden Entscheidung allein eine sekundäre Fehlbelegung. Damit wurde der im gerichtlichen Verfahren noch beachtliche Prüfgegenstand wirksam auf die sekundäre Fehlbelegung beschränkt. Denn die **abschließende Entscheidung** beinhaltet eine verbindliche Feststellung, welche der dem Krankenhaus mitgeteilten Prüfgegenstände (§ 4 S. 2, § 6 Abs. 3 S. 3, 4 u. 6 Prüfverfahrensvereinbarung 2016) von der Krankenkasse noch beanstandet werden. Hinsichtlich der anderen in den Prüfauftrag einbezogenen Prüfgegenstände ist die Krankenkasse mit rechtlichen und tatsächlichen Einwänden ausgeschlossen. Das folgt aus der von § 8 Satz 1 Prüfverfahrensvereinbarung 2016 intendierten Verbindlichkeit der abschließenden Entscheidung und der damit angestrebten Filterwirkung des Prüfverfahrens mit dem Ziel, das Prüfverfahren insgesamt zu beschleunigen. Nach BSG, Urt. v. 12.06.2025 - **B 1 KR 26/24 R** u. **B 1 KR 30/23 R** - lässt allein ein Verstoß gegen die **Vorgaben einer Qualitätssicherungsrichtlinie** ab 01.01.2016 den **Vergütungsanspruch** nicht entfallen lässt. Nach § 137 Abs. 1 SGB V **bedarf es der Regelung von Rechtsfolgen** der Verstöße gegen Qualitätssicherungsvorgaben durch den **GBA**, an der es in der Richtlinie zur Kinderonkologie fehlt. Der GBA ist befugt, in Qualitätssicherungsrichtlinien Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungserbringung festzulegen, die über das allgemeine Qualitätsgebot hinausgehen. In diesem Fall muss er festlegen, ob es sich dabei um Mindestanforderungen im Sinn des § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V handelt. Nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 2 SGB V ist als Rechtsfolge eines Verstoßes gegen eine vom GBA festgesetzte Mindestanforderung der Vergütungswegfall zwar zulässig, aber nicht zwingende Rechtsfolge. Insoweit **hält der Senat an der bisherigen Rechtsprechung** für Behandlungsfälle ab dem 01.01.2016 **nicht fest**. Die bloße Nichteinhaltung genereller Strukturvoraussetzungen ohne Bezug zu den notwendigen Vorkehrungen im individuellen Behandlungsfall genügt für einen Verstoß gegen das allgemeine Qualitätsgebot nicht. Nach BSG, Urt. v. 12.06.2025 - **B 1 KR 14/24 R** - ist ein Abschlag wegen - des hier erfolgten - Unterschreitens der unteren Grenzverweildauer (**Kurzlagerabschlag**) nur zu erheben, wenn **keine Verlegung** stattgefunden hat. Im Falle einer Verlegung ist ein solcher Abschlag für das aufnehmende Krankenhaus nicht vorzunehmen. Nach § 1 Abs. 3 S. 1 Fallpauschalenvereinbarung 2019 fällt der Kurzlagerabschlag nur für „nicht verlegte Patientinnen und Patienten“ an. Eine Ausnahme hiervon ist nach Satz 2 bei Abrechnung von Verlegungs-Fallpauschalen ausdrücklich nur für das verlegende Krankenhaus vorgesehen. Auch § 1 Abs. 1 S. 3 Fallpauschalenvereinbarung 2019 ordnen einen Kurzlagerabschlag bei der Abrechnung einer Verlegungs-Fallpauschale nur für das verlegende Krankenhaus an. Aufgrund der jährlichen Änderungsmöglichkeiten im lernenden System ist hinzunehmen, dass die Fallpauschalenvereinbarung den **Kurzlagerabschlag nicht auf das aufnehmende Krankenhaus erstreckt**. Das Ergebnis des Gruppierungsvorgangs ist für die Auslegung von Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung ohne Bedeutung. Das Landessozialgericht wird noch festzustellen haben, ob der Versicherte in das Universitätsklinikum verlegt wurde. Nach BSG, Urt. v. 12.06.2025 - **B 1 KR 22/23 R** - ist das **Vorhalten nicht vom Versorgungsauftrag gedeckter Strukturen**, für die das Krankenhaus unter Kodierung einer diese Strukturen abbildenden Komplexziffer des OPS eine höhere Vergütung erhalten möchte (hier: **Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls**), nach § 70 SGB V unwirtschaftlich und deshalb nicht abrechenbar. Im Einzelfall erforderliche und tatsächlich erbrachte Notfallbehandlungen, für die ein Versorgungsauftrag nicht besteht, können dagegen vergütungswirksam kodiert werden.

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) Abgrenzung ambulante Notfall- von stationärer Behandlung (Verdacht auf Myokardinfarkt)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.03.2025 - L 9 KR 42/23

RID 25-03-56

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 35, 109

Leitsatz: Bei der Abgrenzung einer **ambulanten Notfallbehandlung** von einer **stationären Krankenhausbehandlung** ist stets eine **Einzelfallprüfung** erforderlich.

Sieht der konkrete Behandlungsplan bei einem **Verdacht auf einen Myokardinfarkt** zunächst nur diagnostische und therapeutische Maßnahmen für die nächsten sechs Stunden vor, da sich erst im Anschluss der weitere Behandlungsweg (ambulante oder stationäre Weiterbehandlung) entscheidet, und werden ausschließlich Maßnahmen geringer Intensität in zeitlicher Abfolge durchgeführt, liegt unabhängig von dem konkreten Ort der Leistungserbringung lediglich eine der Aufnahmeentscheidung vorgelagerte Diagnostik und Behandlung und damit keine stationäre Krankenhausbehandlung vor.

SG Berlin, Urt. v. 15.12.2022 - S 51 KR 3383/18 - gab der Klage statt. Das **LSG** wies die Klage ab.

bb) Notfallbehandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung trotz Schockraums

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.06.2025 - L 10 KR 353/24 KH

RID 25-03-57

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Führt ein Krankenhaus einen Reanimationsversuch an dem Versicherten in ihrer zentralen Notaufnahme mit der Ausstattung eines **Schockraums** durch, so behandelte es den Versicherten damit nicht vollstationär, sondern ambulant als **Notfall im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**. Die Notfallbehandlung wird nicht allein deshalb zu einer stationären Behandlung, weil das Krankenhaus den Reanimationsversuch in ihrem Schockraum unter (teilweiser) Nutzung der dort zur Verfügung stehenden Mittel durchführt. Es fehlt an einer stationären Behandlung, wenn eine Aufnahmeentscheidung nicht dokumentiert ist, es an einem Einsatz der krankenhausspezifischen personellen und sächlichen Ressourcen von hoher Intensität und auch an einer auf einer hinreichenden Prognose basierenden Hintergrundabsicherung als konkludente vollstationäre Aufnahme fehlt.

SG Düsseldorf, Urt. v. 23.03.2024 - S 15 KR 518/21 KH - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

cc) Nächtliche Sauerstoffüberwachung zur Einschätzung von Untersuchungsrisiken

LSG Hamburg, Urteil v. 06.03.2024 - L 1 KR 110/22 D

RID 25-03-58

www.juris.de

SGB V § 39 I

Eine stationäre Behandlung ist notwendig, wenn die **nächtliche Sauerstoffüberwachung** weniger für die **Diagnostik** als vielmehr für die Einschätzung der aus der geplanten Bronchoskopie folgenden Risiken notwendig war.

SG Hamburg, Urt. v. 03.11.2022 - S 48 KR 2513/19 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.083,66 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

dd) Keine teilstationäre Krankenhausbehandlung bei zweistündiger Infusion

LSG Hamburg, Urteil v. 19.06.2025 - L 1 KR 118/23 KH D

RID 25-03-59

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109

Aus der zeitlichen Beschränkung und den praktischen Anwendungsbereichen wird erkennbar, dass die teilstationäre Behandlung zwar keine „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ der Patienten darstellt, sich die Behandlung aber auch nicht im Wesentlichen im Rahmen eines Tagesaufenthalts im Krankenhaus erschöpft. Vielmehr erstrecken sich **teilstationäre Krankenhausbehandlungen** auf Grund der im Vordergrund stehenden Krankheitsbilder regelmäßig über einen längeren Zeitraum, wobei allerdings die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benötigt wird, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus notwendig ist. Eine physische und organisatorische Eingliederung der Versicherten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses ist notwendig. Die **Gabe per intravenöser Infusion über zwei Stunden von Infliximab**, einem therapeutischen Antikörper, der bei schweren Autoimmunkrankheiten eingesetzt wird, genügt diesen Anforderungen nicht.

SG Hamburg, Urt. v. 12.09.2023 - S 2 KR 764/21 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.183,73 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

ee) Keine alternative Abrechnung einer ambulanten Behandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.06.2025 - L 10 KR 1119/23 KH

RID 25-03-60

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Ist **stationäre Behandlung nicht notwendig**, kann keine ambulante Behandlung im Rahmen des sog. fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens abgerechnet werden. Zudem darf das Krankenhaus nicht außerhalb seines Versorgungsauftrages tätig werden.

Nach § 8 Abs. 3 KHEntgG sind die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für **vorstationäre Behandlungen** nach § 115a SGB V getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht, wenn nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Abs. 1 SGB V eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen hat. Eine gesonderte Vergütungsmöglichkeit besteht aber allein für Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten. Hingegen sind Leistungen für die Vergütung von im Krankenhaus verabreichten Arzneimitteln nicht vorgesehen. Es obliegt allein den in § 115a SGB V angesprochenen Vertragsparteien, insoweit ggf. eine Neuregelung zu treffen.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 06.11.2023 - L 10 KR 1119/23 KH - verurteilte die Bekl., an die Kl. 877,36 € nebst Zinsen zu zahlen. Im Übrigen (Klageantrag: Zahlung von 12.474,20 €) wies es die Klage ab, das **LSG** die Berufung der Kl. zurück.

ff) Adipositas-chirurgischer Eingriff: S 3-Leitlinie

SG Koblenz, Urteil v. 11.10.2024 - S 4 KR 915/21

RID 25-03-61

www.juris.de

SGB V § 39 I

Die Indikation für einen **adipositas-chirurgischen Eingriff** liegt vor, wenn der BMI der Patientin vor dem Eingriff bei 53kg/m² liegt. Die Durchführung des operativen Eingriffes entspricht dann der Vorgabe der einschlägigen **S 3-Leitlinie**: Chirurgie der Adipositas und metabolische Erkrankungen (Stand: 01.02.2018). Die S3-Leitlinien sind zwar rechtlich nicht bindend, können aber nach allgemeiner Auffassung als Entscheidungshilfe herangezogen werden, da sie auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren beruhen und auf Grundlage einer systematischen Evidenzrecherche erstellt werden (vgl. hierzu LSG Hessen, Ur. v. 05.07.2016 - L 1 KR 116/15 - m.w.N., RID 16-03-98).

Eine intensivere **Aufklärung** für die hier durchgeführte operative Maßnahme zu fordern würde zu überhöhten Anforderungen an das Aufklärungserfordernis führen.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.427,81 € nebst Zinsen zu zahlen.

gg) AOP-Vertrag: Fallindividuelle Begründung der Notwendigkeit stationärer Behandlung

SG Altenburg, Urteil v. 24.03.2025 - S 23 KR 995/24

RID 25-03-62

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 115b, 301

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, Ur. v. 21.04.2015 - B 1 KR 10/15 R - NZS 2015, 578 = KHE 2015/29).

2. Nach den Regelungen des § 8 **AOP-Vertrag 2023** ist die stationäre Erbringung regelhaft ambulant erbringbarer Leistungen nicht auf Fälle beschränkt, in denen allgemeine Kontextfaktoren nach § 8 Abs. 1, 2 AOP-Vertrag 2023 i.V.m. der Anlage 2 des AOP-Vertrages erfüllt sind. Alternativ ist nach § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag 2023 eine **fallindividuelle Begründung der Notwendigkeit stationärer Behandlung** (weiterhin) möglich, wenn individuelle Kontextfaktoren eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründen.

3. Welchen Inhalt und Umfang eine fallindividuelle Darstellung der Gründe der stationären Durchführung einer regelhaft ambulant erbringbaren Leistung im Sinne von § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag 2023 haben muss, wird durch die Regelung selbst nicht konkretisiert. Zu fordern ist, eine **substantiierte medizinische Begründung**, die einzelfallbezogene patientenindividuelle Gründe für die vom Regelfall abweichende stationäre Leistungserbringung aufzeigt.

4. Wenn sich der Grund für eine stationäre Aufnahme gerade aus der Überwachungsbedürftigkeit der übermittelten **Nebendiagnosen** ergibt, dann ist es zutreffend und ausreichend, wenn ein Krankenhaus dies als individuelle medizinische Begründung im Sinne von § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag 2023 vorträgt.

5. Eine **ausführlichere Darlegung und Beschreibung des Behandlungsfalles**, etwa unter Mitteilung detaillierter (Vor-) Befunderhebungen, Laborbefunde, Beschreibungen des Krankheitsverlaufs, etc. kann auf der Grundlage von § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag 2023 zur Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit auf der ersten Ebene einer Rechnungsprüfung vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen selbst aus datenschutzrechtlichen Gründen nur restriktiv und deshalb nur die in § 301 SGB V genannten Daten übermittelt erhalten sollen, **nicht gefordert werden**.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.502,81 € nebst Zinsen zu zahlen.

hh) Verweildauer und Fehlbelegung bei Schmerzkatheder nach Schulteroperation

SG Bremen, Gerichtsbescheid v. 03.04.2023 - S 56 KR 1122/19

RID 25-03-63

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntG § 7 I; KHG § 17b

Leitsatz: Zu **Verweildauer** und **Fehlbelegung** bei **Schmerzkatheder** nach Schulteroperation

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.018,57 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Behandlung außerhalb des Versorgungsauftrags

LSG Hamburg, Urteil v. 14.03.2024 - L 1 KR 109/22 D

RID 25-03-64

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Eine **Berechtigung zur Behandlung** mit darauf beruhendem Vergütungsanspruch besteht für ein Krankenhaus nur im Rahmen des **Versorgungsauftrags**. Der Versorgungsauftrag für das Fachgebiet „**Kinder- und Jugendmedizin**“ (selbst bei ausdrücklichem Einschluss der „Kinderpsychosomatik“) berechtigt ein Plankrankenhaus nicht zur - schwerpunktmäßig - **psychiatrischen Behandlung** von Kindern, wenn der Krankenhausplan eine separate Ausweisung für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie vorsieht.

SG Hamburg, Ur. v. 04.10.2022 - S 2 KR 523/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Verwirkung: Verspätete Rechnungskorrektur

LSG Hamburg, Urteil v. 15.05.2025 - L 1 KR 59/24 KH

RID 25-03-65

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Datiert die erste Rechnung vom 11.01.2017, die korrigierte Rechnung vom 23.01.2019, ist eine **Rechnungskorrektur** nur im Laufe des Jahres 2017 bzw. 2018 möglich und erfolgte damit **zu spät**.

SG Hamburg, Ur. v. 17.04.2024 - S 30 KR 1026/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.160,35 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

d) Beweislast für den Nachweis des Zugangszeitpunkts der Unterlagenanforderung

LSG Hessen, Urteil v. 13.06.2024 - L 8 KR 283/21

RID 25-03-66

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 I; PrüfvV 2016 § 8

Die **Präklusionsregelung** des § 7 Abs. 2 S.6 PrüfvV 2016 setzt eine entsprechende **Unterlagenanforderung** durch den MDK bei dem Krankenhaus voraus. Hierfür ist der Nachweis des **Zugangs** erforderlich. Die Krankenkasse trägt das Übermittlungsrisiko für die Unterlagenanforderung und damit nach allgemeinen Beweislastgrundsätzen die objektive **Beweislast** für den Nachweis des Zugangszeitpunkts der Unterlagenanforderung (BSG, Ur. v. 10.11.2021 - B 1 KR 9/21 R - KRS 2022, 149, juris Rn. 19).

SG Marburg, Gerichtsb. v. 19.03.2021 - S 14 KR 346/19 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 22.04.2025 - B 1 KR 46/24 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

e) Offensichtliche Unrichtigkeit einer OPS-Kodierung

SG Aachen, Urteil v. 17.05.2024 - S 6 KR 401/23 KH

RID 25-03-67

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 301; KHG § 17c IIa 1

Eine formal ordnungsgemäße **Abrechnung** durch das Krankenhaus umfasst auch, dass die übermittelten Daten zutreffend sind. Bei **fehlerhafter OPS-Kodierung** besteht ein Vergütungsanspruch nur in der Höhe, der bei richtiger Kodierung entsteht.

Eine **Nachkodierung** des zutreffenden OPS 8-98g.11 kommt wegen § 17c Abs. 2a S. 1 KHG nicht in Betracht. Nach dieser Vorschrift ist nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist.

Der Ausschlussstatbestand des § 17c Abs. 2a S. 1 KHG ist auf **offensichtliche Unrichtigkeiten** nicht anzuwenden (SG München, Urt. v. 21.11.2023 - S 7 KR 767/23 - juris Rn. 37, RID 24-01-82). Von einer solchen offensichtlichen, gleichsam ins Auge springenden Unrichtigkeit ist nicht auszugehen, wenn sich der zutreffende OPS 8-98g.11 und der fehlerhaft kodierte OPS 8-98g.12 lediglich in der zweiten Nachpunktstelle durch eine Ziffer unterscheiden.

Das SG wies die Klage ab.

f) Versorgung mit einer Cochlea-Implantation

LSG Hamburg, Urteil v. 19.12.2024 - L 1 KR 104/22 D

RID 25-03-68

www.juris.de

SGB V §§ 33 I, 39 I, 109 IV 3, 139; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Der Auffassung der Vorinstanz ist zuzustimmen, wonach die Beurteilung der medizinischen **Erforderlichkeit** der Versorgung mit einer **Cochlea-Implantation** die Vorlage des letzten Hörgeräteanpassungsberichts und der audiologischen Anamnese erfordert.

SG Hamburg, Urt. v. 06.09.2022 - S 59 KR 893/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

g) Aufrechnungsverbot: Keine abweichende Regelung in PrüfvV 2022

SG Detmold, Gerichtsbescheid v. 18.02.2025 - S 32 KR 1341/23

RID 25-03-69

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 197/25 KH -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV, VI 1; BGB § 242

Einer Aufrechnung mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen steht das gesetzliche **Aufrechnungsverbot** aus § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V entgegen. Die PrüfvV 2022 enthält eine abweichende Regelung von § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V nicht mehr.

Das SG verurteilte die Bkl., an die Kl. 924,12 € nebst Zinsen zu zahlen.

2. Prüfvereinbarung

a) Änderung des Prüfverfahrens/6-Wochen-Frist/Präklusion/Erstattungsanspruch

LSG Hessen, Urteil v. 03.04.2025 - L 8 KR 221/23

RID 25-03-70

Revision anhängig: B 1 KR 13/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 I c 2; KHG § 17c II 1 u. 2

Leitsatz: Bei **Abrechnungsprüfungen**, die bis zum 31. März 2020 gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet und noch nicht abgeschlossen wurden, kann bei Bedarf eine unkomplizierte **Wandlung von Vor-Ort-Begehungen in Prüfungen nach Aktenlage** erfolgen.

Die **6-Wochen-Frist** des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V a.F. betrifft ausschließlich die Frist zur Einleitung und Anzeige der beabsichtigten Abrechnungsprüfung gegenüber dem Krankenhaus (also das „Ob“ einer Prüfung), während die konkrete Durchführung der Abrechnungsprüfung (das „Wie“) sich allein nach den Regelungen der PrüfvV 2016 richtet.

Zur **Präklusion nicht vorgelegter Unterlagen** nach § 7 Abs. 2 PrüfvV 2016.

Die von § 8 Satz 1 PrüfvV 2016 geforderte **Mitteilung des Erstattungsanspruchs** setzt eine Bezifferung des Erstattungsanspruchs, nicht aber die Mitteilung der sich ergebenden DRG voraus.

SG Kassel, Urt. v. 13.07.2023 - S 14 KR 352/22 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Materielle Präklusion: Konkret angeforderte Unterlagen

LSG Hamburg, Beschluss v. 30.06.2025 - L 1 KR 91/24 KH

RID 25-03-71

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Die **materielle Präklusion** betrifft ausschließlich die **konkret angeforderten Unterlagen**, sodass eine **Prüfung** des geltend gemachten Anspruchs anhand anderer Unterlagen wie z.B. der gesamten Krankenakte hätte erfolgen können. Da dies unterblieb und wegen des mittlerweile eingetretenen Ablaufs sämtlicher Fristen nach der PrüfvV nicht mehr nachholbar ist, ist von der Begründetheit der Forderung der Kl. in der Hauptsache unabhängig davon auszugehen, dass während des langanhaltenden streitigen stationären Aufenthalts immer wieder eine Befassung des MDK erfolgt sein dürfte.

SG Hamburg, Urt. v. 28.10.2024 - S 9 KR 3072/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 41.360,70 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Fallpauschalen

a) Anzahl der abzurechnenden Beatmungsstunden

LSG Hamburg, Urteil v. 03.04.2025 - L 1 KR 62/23 KH D

RID 25-03-72

www.juris.de

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

Ein einjähriges Kind ist ein **Kleinkind** und kein **Säugling** mehr. Die Erweiterung der Sonderregelung in den DKR hinsichtlich der Berücksichtigung von Zeiten mit Atemunterstützung mittels CPAP auch auf Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr erfolgte erst mit der Version 2020.

Bei der Beatmung mittels PS-CPAP = SPN-CPAP = CPAP/ABS und unmittelbar anschließend BIPAP handelte es sich um maschinelle Beatmung im Sinne der DKR 10011. Bei beiden **Beatmungsformen** werden - anders als bei der reinen CPAP-Atemunterstützung - Gase durch das Beatmungsgerät in die Lunge bewegt und dadurch die eigene Atemleistung des Patienten verstärkt oder ersetzt (Letzteres nur bei der BIPAP-Beatmung). Der praktische Unterschied besteht darin, dass bei der BIPAP-Beatmung eine feste Atemunterstützung von Atemzügen (eingestellte Beatmungsfrequenz) vorgegeben werden kann, bei der CPAP-PS hingegen jeder Atemzug des Patienten unterstützt wird.

Die **Berechnung der Dauer der Beatmung** endet nicht mit der letzten CPAP-Atemunterstützung vor Aufnahme der PC-AC- und später aPCV-Beatmung, sondern erst mit der Entlassung der Versicherten, wenn bis dahin kein Beendigungstatbestand im Sinne einer Extubation oder einer Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung, Entlassung, Tod oder Verlegung eingetreten ist, es sich vielmehr um eine Phase der Entwöhnung handelt, für die in den DKR 10011 ausdrücklich geregelt ist, dass beatmungsfreie Intervalle bei der Berechnung der Dauer inkludiert sind.

SG Hamburg, Urt. v. 08.06.2023 - S 48 KR 2224/21 WA - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 23.162,49 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Begründungspflicht: Gabe von Apherese- anstelle von Pool-Thrombozytenkonzentraten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.03.2025 - L 10 KR 9/24 KH

RID 25-03-73

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Hat die Krankenkasse von einem **Prüfverfahren** i.S.d. § 275 Abs. 1c SGB V **abgesehen**, besteht eine auf die Einwände der Krankenkasse beschränkte Ermittlungspflicht des Gerichts. Daran muss das Krankenhaus nicht mitwirken. Die Erhebung und Verwertung derjenigen Daten, die nur im Rahmen des Prüfverfahrens durch den MDK beim Krankenhaus hätten erhoben werden können, ist dem Gericht verwehrt.

Die Bekl. kann sich gegen den Anspruch auf das streitbefangene **Zusatzentgelt** nicht mit dem Hinweis verteidigen, dass die Kl. mit den sog. 301er-Daten **keine Begründung mitgeteilt** habe, unter denen die Gabe allein in Betracht kommen könne. Eine Verpflichtung zur Übermittlung entsprechender Ausnahmeindikation lässt sich insbesondere § 301 Abs. 1 SGB V bereits nicht entnehmen, ebenso wenig

dem maßgeblichen Landesvertrag. Ungeachtet dessen steht die Rechtsauffassung der Bekl. im Widerspruch zur Darlegungslastverteilung wie auch zum dreistufigen Aufbau der Abrechnungsprüfung. Ein Krankenhaus ist nicht verpflichtet, mit den Daten nach § 301 SGB V zugleich eine Begründung für die **Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten anstelle von Pool-Thrombozytenkonzentraten** mitzuteilen. Der - abschließende - Katalog der zu übermittelnden Angaben nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bis 10 SGB V enthält keine derartige Vorgabe.

SG Detmold, Urt. v. 22.11.2023 - S 5 KR 345/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 369,66 € nebst Zinsen zu zahlen; das *LSG* wies die Berufung zurück.

c) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.01.2025 - L 16 KR 408/23 KH

RID 25-03-74

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Der nach § 5 Abs. 3 S. 2 Nr. 3 MHI-RL vorgeschriebenen Nachweis wird erbracht, wenn eine Fachärztin (u.a.) für Anästhesiologie im Behandlungszeitpunkt über nachweisbare **Erfahrungen in der Kardioanästhesie** verfügt, sodass der OPS 5-35a.41 für die Behandlung der Versicherten zutreffend abzurechnen ist.

SG Duisburg, Urt. v. 16.03.2023 - S 9 KR 293/18 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Umfang der Dokumentation

SG Bremen, Urteil v. 10.07.2024 - S 56 KR 44/21 KH

RID 25-03-75

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Leitsatz: Zu den Mindestanforderungen an die **Dokumentation** nach OPS 8-550 i.V.m. der Korrektur des DIMDI (2019) in Abgrenzung zu weiteren, erforderlichen aber nicht dokumentationspflichtigen Voraussetzungen, insbesondere bzgl. **Anwesenheit bei wöchentlichen Teambesprechungen**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.915,30 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: 24-stündige Verfügbarkeit bestimmter Verfahren

LSG Hessen, Beschluss v. 12.02.2024 - L 8 KR 15/23

RID 25-03-76

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Ein Krankenhaus erfüllt mit der nur durch **Kooperation** mit einer anderen Klinik hergestellten Verfügbarkeit nicht das mit OPS 8-98f (2015) geforderte Merkmal „**24-stündige Verfügbarkeit** folgender Verfahren: [...] interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA“. Wortlaut und Systematik des OPS lassen in Bezug auf dieses Merkmal die Leistung eines Kooperationspartners nicht zu. Die im Jahr 2016 erfolgte Ergänzung des OPS 8-98f um den Zusatz „im eigenen Klinikum“ bedeutet lediglich eine Klarstellung der (nach Wortlaut und Systematik) schon vorher bestehenden Rechtslage, die eine jederzeitige Verfügbarkeit der Leistung in der eigenen Klinik voraussetzt.

SG Frankfurt a.M., Urt. v. 17.12.2018 - S 28 KR 106/16 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 02.04.2025 - B 1 KR 9/24 B - juris wies die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision zurück.

f) Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom infektiöser Genese

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.06.2025 - L 9 KR 309/23

RID 25-03-77

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Leitsatz: Auch im Jahre 2017 war die **Temperaturmessung** mittels Infrarotthermometers am Ohr geeignet, Fieber größer/gleich 38 Grad als SIRS-Kriterium verbindlich festzustellen; die rektale

Temperaturmessung hat im klinischen Alltag bei Erwachsenen nur noch äußerst eingeschränkte Bedeutung.

SG Frankfurt (Oder), Urt. v. 27.06.2023 - S 27 KR 485/21 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.374,11 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Mindestmerkmale einer teilstationären multimodalen Schmerztherapie

SG Hamburg, Urteil v. 26.02.2025 - S 57 KR 1372/17

RID 25-03-78

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Eine **teilstationäre multimodale Schmerztherapie** im Sinne des OPS 8-91c kann nicht abgerechnet werden, wenn es an einem **Eingangs- bzw. Abschlussassessment** fehlt.

Das **SG** wies die Klage ab.

h) Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 13.11.2024 - L 4 KR 237/23

RID 25-03-79

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 16/25 R

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Die Diagnosen P37.9 „Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit, nicht näher bezeichnet“ und P39.9 „Infektion, die für die Perinatalperiode spezifisch ist, nicht näher bezeichnet“ lassen eine eindeutige Abgrenzung zu, indem man die Begriffe „angeboren“ in P37,- und „Perinatalperiode“ in P39,- zueinander in Bezug setzt. „**Angeboren**“ oder „early onset“ liegt bei einer Infektion vor, wenn sie sich innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt offenbart. Bei einer so kurzen Frist ist von einer Keimübertragung vor oder während der Geburt auszugehen. Die **Perinatalperiode** hingegen beginnt mit Vollendung der 22. Schwangerschaftswoche (154 Tage; die Zeit, in der das Geburtsgewicht normalerweise 500g beträgt) und endet mit der Vollendung des 7. Tages nach der Geburt. Dies bedeutet, dass der Begriff der Perinatalperiode insofern weitergehend ist als der des Angeborenensein, als er auch die Zeit bis zum 8. Tag nach der Geburt umfasst. Das bedeutet, dass die Erkrankungen, die in den ersten 72 Stunden nach der Geburt festgestellt werden und auch ansonsten unter einen der Codes in P37.- subsumiert werden können, dorthin gehören. Erkrankungen aus dem zeitlichen Bereich danach bis zum 8. Tag nach der Geburt müssen hingegen P39.- zugeordnet werden.

SG Hannover, Urt. v. 21.04.2023 verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.657,77 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

i) Invasives neurologisches Monitoring bei einer intensivmedizinischen Behandlung

SG Dessau-Roßlau, Urteil v. 27.06.2025 - S 15 KR 441/22

RID 25-03-80

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 69 I 3, 109 IV 3, 275 Ic 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Leitsatz: Ein **invasives neurologisches Monitoring** ist bei einer **intensivmedizinischen Beatmung** grundsätzlich kodierfähig.

Bei einer gebotenen eng am Wortlaut orientierten Auslegung (vgl. BSG, Urt. v. 14.11.2024 - B 1 KR 29/23 R - SozR 4 <vorgesehen>) des OPS 8-924 ist ein invasives neurologisches Monitoring bei einer intensivmedizinischen Beatmung nicht ausgeschlossen. Dieses Monitoring ist auch keine Komponente einer anderen Prozedur, so dass die Deutsche Kodierrichtlinie P005 (**Mehrfachkodierung**) nicht greift. Ein Anspruch auf **Verzinsung einer Aufwandspauschale** (vgl. BSG, Urt. v. 20.02.2025 - B 1 KR 15/24 R - SozR 4 <vorgesehen>) entsteht bei erstmaliger Geltendmachung im Klageverfahren erst ab diesem Zeitpunkt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 8.319,01 € nebst Zinsen zu zahlen.

j) Kodierung einer Nebendiagnose bei Vorerkrankung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.05.2025 - L 11 KR 191/24 KH

RID 25-03-81

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Für eine **Aufrechnung** ist es unschädlich, wenn die Mitteilung der Leistungsentscheidung und die Aufrechnungserklärung der Krankenkasse zeitlich zusammenfallen.

Die Kodierrichtlinien für die **Kodierung einer Nebendiagnose** verlangen nicht, dass eine bereits vor dem Krankenhausaufenthalt diagnostizierte und damit in der Krankengeschichte vorhandene Erkrankung während des Krankenhausaufenthaltes nochmals gesichert diagnostiziert wird (vgl. SG Würzburg, Urt. v. 20.11.2014 - S 11 KR 431/13 - juris Rn. 43, RID 15-01-126). Die Kodierung der Nebendiagnose I80.28 (Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten) ist gerechtfertigt, wenn von einer solchen anamnestischen Diagnose auszugehen ist.

Das SG verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 5.219,96 € nebst Zinsen und wies die Widerklage ab. Das LSG wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass der Urteilsausspruch zur Widerklage aufgehoben wird.

k) Vergütung für Zusatzentgelte

aa) Einlage beschichteter (gecoverter) Stents

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.06.2025 - L 10 KR 823/23 KH

RID 25-03-82

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Bei der **Implantation eines Viabahn® Graftstents** handelt es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die insb. die Voraussetzungen des allgemeinen Qualitätsgebots nicht erfüllt.

Die Implantation des Graftstents kann nicht als sog. **Potentialleistung** (§ 137c Abs. 3 SGB V) erbracht werden, wenn eine gefäßchirurgische Versorgung als andere Standardbehandlung zur Verfügung steht und bei dieser keine erheblichen Risiken bestehen. Das Zusatzentgelt ZE 76196750 (Einlage beschichteter [gecoverter] Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 50 mm) kann dann nicht abgerechnet werden.

SG Köln, Urt. v. 29.06.2023 - S 36 KR 2537/21 KH - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

bb) Krankenhausindividuelle Vereinbarung als Voraussetzung

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 31.05.2024 - S 56 KR 4199/19

RID 25-03-83

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Bei enger Auslegung des Wortlauts der Fußnote 4 in der FPV 2018 und 2019 ist der Wortlaut so zu verstehen, dass nur dann das bisherige Entgelt vor Wirksamwerden einer neuen Budgetvereinbarung erhoben werden darf, wenn dieses bisherige **Entgelt krankenhaushausindividuell vereinbart** war. Die Regelung in den Fußnoten 10 und 11 der FPV 2017 ist bei einer strengen wortlautgetreuen Auslegung nicht als krankenhaushausindividuelle Vereinbarung zu sehen.

Das SG wies die Klage ab.

cc) Zusatzentgelt 2022-184 für die Gabe von Atezolizumab

SG Mannheim, Gerichtsbescheid v. 10.07.2025 - S 6 KR 2426/24

RID 25-03-84

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Bei dem für die **Gabe von Atezolizumab** für das **Jahr 2020** vereinbarten **NUB-Entgelt** in Höhe von 4.428,00 € handelt es sich um ein krankenhaushausindividuell vereinbartes Entgelt im Sinne des § 15 Abs. 2 KHEntgG. Denn § 15 Abs. 2 KHEntgG gilt für krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Entgelte sowohl nach § 6 Abs. 1 als auch Abs. 2 KHEntgG, also insb. auch für NUB-Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG. Zwar ist eine NUB-Vereinbarung stets nur mit einer kalenderjährlichen Laufzeit zulässig, wie sich aus § 11 Abs. 2, 1 KHEntgG ergibt (SG Fulda, Urt. v. 28.02.2013 - S 4 KR 997/11 - RID 13-

02-130 m.w.N.). Die Tatsache, dass NUB-Entgelte ihrem Sinn und Zweck nach oder aufgrund gesetzgeberischer Konzeption stets nur zeitlich begrenzt erhoben werden dürfen, steht ihrer Weitererhebung gemäß § 15 Abs. 2 KHEntgG aber nicht per se entgegen.

Das SG wies die Klage der Krankenkasse auf Rückerstattung der für stationäre Behandlungsfälle aus dem Kalenderjahr 2022 an das bekl. Krankenhaus geleisteten Zahlungen, soweit das von der Bekl. in den jeweiligen Behandlungsfällen berechnete Zusatzentgelt (ZE) 2022-184 jeweils den Betrag von 600 € übersteigt, ab.

dd) Zusatzentgelt für die Gabe von Vedozilumab und Liposomalem Irinotecan

SG Mannheim, Gerichtsbescheid v. 10.07.2025 - S 6 KR 2427/24

RID 25-03-85

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Bei dem für die **Gabe von Vedozilumab und Liposomalem Irinotecan** für das Jahr 2019 bzw. 2020 vereinbarten **NUB-Entgelten** handelt es sich um krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte im Sinne des § 15 Abs. 2 KHEntgG. Denn § 15 Abs. 2 KHEntgG gilt für krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte sowohl nach § 6 Abs. 1 als auch Abs. 2 KHEntgG, also insb. auch für NUB-Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG. Zwar ist eine NUB-Vereinbarung stets nur mit einer kalenderjährlichen Laufzeit zulässig, wie sich aus § 11 Abs. 2, 1 KHEntgG ergibt (SG Fulda, Urt. v. 28.02.2013 - S 4 KR 997/11 - RID 13-02-130 m.w.N.). Die Tatsache, dass NUB-Entgelte ihrem Sinn und Zweck nach oder aufgrund gesetzgeberischer Konzeption stets nur zeitlich begrenzt erhoben werden dürfen, steht ihrer Weitererhebung gemäß § 15 Abs. 2 KHEntgG aber nicht per se entgegen.

Das SG wies die Klage der Krankenkasse auf Rückerstattung der für stationäre Behandlungsfälle aus den Kalenderjahren 2021 und 2022 an die bekl. Krankenhausträgerin geleisteten Zahlungen, soweit das von der Bekl. in den jeweiligen Behandlungsfällen berechnete Zusatzentgelt (ZE) 2022-182 bzw. ZE2021-169 jeweils den Betrag von 600 € übersteigt, ab.

4. Mindestmengenregelung

a) BVerwG: Rechtsweg für Streitigkeiten bei Unterschreitung von Mindestmenvorgaben

BVerwG, Beschluss v. 12.05.2025 - 3 B 1/25

RID 25-03-86

www.juris.de

SGB V § 136b; VwGO § 40; GVG § 17a IV 4; SGG § 51 I Nr. 2

Leitsatz: Für Streitigkeiten über Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden gemäß § 136b Abs. 5a Satz 2 SGB V über die Nichtanwendung des Leistungsbewirkungsverbots und des Vergütungsausschlusses nach § 136b Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V bei **Unterschreitung von Mindestmenvorgaben** ist gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG der **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten gegeben.

VG Schwerin, Beschl. v. 06.06.2024 - 3 A 1171/24 SN - erklärte den Verwaltungsrechtsweg für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das SG Rostock. **OVG Mecklenburg-Vorpommern**, Beschl. v. 05.12.2024 - 2 R 255/24 - wies die Beschwerde des Bekl., das **BVerwG** die weitere Beschwerde des Bekl. zurück.

b) Berücksichtigung der Krankenhausplanung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 18.07.2025 - L 10 KR 59/25 KH B ER

RID 25-03-87

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b V; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Das **Nichterreichen der maßgeblichen Mindestmenge** im vorausgegangenen Kalenderjahr reicht allein zur **Widerlegung der Prognose** jedoch 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. Die vom GBA explizit aufgeführten Umstände sind nicht abschließend.

Vor dem Hintergrund der im Rahmen der **Krankenhausplanung** konkret bezweckten Konzentrationswirkung war unter Berücksichtigung der weiteren von ihr angeführten und oben im

Einzelnen wiedergegebenen Umstände die der ihr obliegenden Prognose zugrundeliegende Erwartung der Ast., im Rahmen der Landeskrankenhausplanung werde sich eine Konzentration der mindestmengenrelevanten Eingriffszahlen zu ihren Gunsten ergeben, die eine sie betreffende Steigerung der Fallzahlen in ausreichendem Umfang bewirken würde, gerechtfertigt.

SG Duisburg, Beschl. v. 27.12.2024 - S 17 KR 1461/24 ER K - lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ab. Das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage der Ast. v. 10.10.2024 (SG Duisburg, S 17 KR 1302/24 KH) gegen den Bescheid der Ag. v. 04.10.2024 an.

c) Frist zur Übermittlung einer Prognose/Nachvollziehbarkeit der Prognose

LSG Bayern, Beschluss v. 25.07.2025 - L 20 KR 78/25 B ER

RID 25-03-88

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b; SGB X §§ 24, 41; SGG § 86b I; MmR §§ 4, 5

Leitsatz: 1. Die **Nachholung** einer vor Erlass eines Widerlegungsbescheides zur Darlegung der mengenmäßigen Erwartung (Prognose) unterbliebenen **Anhörung** ist im Rahmen eines mehr oder minder förmlichen Verwaltungsverfahrens möglich.

2. Mit der **Frist zur Übermittlung einer Prognose** bis spätestens zum 7. August des laufenden Kalenderjahres ist noch **keine Präklusion** eines weiteren Vorbringens nach diesem Zeitraum verbunden.

3. **Maßgebliche Mindestmenge** für die Prognose ist die Anzahl der Behandlungsfälle für das Jahr, auf das sich die Prognose bezieht.

4. Damit eine **Prognose nachvollzogen** werden kann, muss die Erwartung auf eine hinreichende Tatsachengrundlage gestützt werden. Stützt sich die Prognose auf personelle Veränderungen, strukturelle Veränderungen und weitere Umstände und sind für das Erreichen der geforderten Mindestmenge erhebliche Zuwachsquoten (hier 134% bzw. 83%) notwendig, genügen allgemein gehaltene Darlegungen und Erwartungen ohne quantitative Untermauerung nicht (hierzu auch LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 29.07.2024 - L 5 KR 1548/24 ER-B - juris Rn. 48, RID 24-03-103).

SG Nürnberg, Beschl. v. 24.01.2025 - S 14 KR 501/24 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid v. 26.09.2024 an. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab.

d) Widerlegung der Mindestmengenprognose

aa) Zeitpunkt zur Beurteilung der Rechtmäßigkeit einer Widerlegungsentscheidung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 11.07.2025 - L 6 KR 7/25 B ER

RID 25-03-89

www.juris.de

SGB V § 136b; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Die **Rechtmäßigkeit** einer **Widerlegungsentscheidung** nach § 136b Abs. 5 S. 6 SGB V beurteilt sich grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage im **Zeitpunkt** der Entscheidung (Anschluss an LSG Bayern, Beschl. v. 19.03.2024 - L 5 KR 22/24 B ER - juris Rn. 47 f., RID 24-02-44). Auf spätere, bis zu einer gerichtlichen Entscheidung eintretende, das Krankenhaus möglicherweise begünstigende (oder auch belastende) Veränderungen der Sachlage kommt es nicht an, soweit sie nicht bereits im Zeitpunkt der Prognose vorhersehbar waren.

SG Stralsund, Beschl. v. 19.12.2024 - S 3 KR 97/24 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

bb) Zeitpunkt der Entscheidung/Anforderungen an Widerlegung der Prognose

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 12.06.2025 - L 5 KR 160/24 B ER

RID 25-03-90

www.juris.de

SGB V § 136b; SGB X § 33 I; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Die Darlegung, dass die erforderliche **Mindestmenge** im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (**Prognose**), erfordert,

dass der Krankenhausträger die relevanten Tatsachen plausibel schildert und aussagekräftig mit Nachweisen belegt.

2. Bei der **Überprüfung von Prognoseentscheidungen** ist auf den zum **Zeitpunkt** der letzten behördlichen Entscheidung ermittelten Kenntnisstand der Behörde abzustellen.

3. Zur **Widerlegung der Prognose** des Krankenhauses müssen die Krankenkassen tatsächliche Anhaltspunkte aufzeigen, die begründeten Anlass zu Zweifeln an deren Richtigkeit geben; sie haben sich mit allen bis zu diesem Zeitpunkt ihr bekannten, die Prognose des Krankenhausträgers tragenden Argumenten/Elementen sorgfältig auseinandersetzen.

3. Die **Prognose** des Krankenhauses **ist bereits widerlegt**, wenn die rechtlich relevanten Zweifel die sonstigen Umstände überwiegen, nicht erst dann, wenn die Erreichung der Mindestmenge mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.

4. In die im Rahmen des **einstweiligen Rechtsschutzes** vorzunehmende umfassende Interessen- und **Folgenabwägung** im Einzelfall sind wirtschaftliche Interessen des Krankenhauses nicht (nochmals) einzustellen, wenn die zum Ausschluss von der Versorgung führenden Normen keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnen und der Ausschluss des betreffenden Krankenhauses von der Versorgung der Erwartung des Normgebers entspricht.

SG Schleswig, Beschl. v. 17.12.2024 - S 10 KR 25/24 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an. Das *LSG* lehnte den Antrag ab.

5. Strukturmerkmale/Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Ständige ärztliche Anwesenheit

SG Duisburg, Beschluss v. 14.05.2025 - S 27 KR 1496/24 ER KH

RID 25-03-91

www.juris.de

SGB V §§ 108, 275d

Eine „Gewährleistung“ der **ständigen ärztlichen Anwesenheit** im Sinne des OPS 8-980 ist nur bei einer dies unter allen - vorhersehbaren - Umständen sicherstellenden, speziell auf die **Intensivstation** bezogenen Bereitschaftsplanung eines Krankenhauses gegeben (vgl. BSG, Urt. v. 18.07.2013 - B 3 KR 25/12 R - SozR 4-5562 § 7 Nr. 4, juris Rn. 18). Da der OPS 8-980 allein auf eine „Gewährleistung“ der ständigen Anwesenheit und damit ausschließlich auf eine Planungs- und Strukturkomponente abstellt, kommt es nicht auf die tatsächlichen Umstände im Einzelnen an (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.07.2019 - L 10 KR 538/15 - RID 19-04-97, juris Rn. 31). Damit erfordert der OPS 8-980 im Krankenhaus eine Organisationsstruktur, die regelhaft eine permanente Anwesenheit des diensthabenden Arztes auf der Intensivstation sicherstellt. Nach dem Wortlaut des OPS 8-980 ist es dabei ausdrücklich zulässig, dass der diensthabende Intensivarzt kurzfristig für Notfalleinsätze innerhalb desselben Krankenhauses hinzugezogen wird und daher für diese Zeit nicht auf der Intensivstation anwesend ist. Daher ist durch das Dienstmodell des Krankenhauses lediglich sicherzustellen, dass es nicht planmäßig zu Situationen kommt, in denen der diensthabende Intensivarzt ärztliche Aufgaben an anderer Stelle der Klinik übernimmt (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.07.2019 - aaO., Rn. 31 u. 35).

Das *SG* verpflichtete den Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. eine vorläufige Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale für die stattgehabte Strukturprüfung des OPS-Kodes 8-980 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung <Basisprozedur>) für den Standort ... für die Jahre 2024 und 2025 auszustellen.

6. Aufwandspauschale

a) Keine vorherige Durchführung des Erörterungsverfahrens vor Klageerhebung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 22.05.2025 - L 5 KR 3416/24

RID 25-03-92

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275c; KHG § 17c

Leitsatz: Die Zulässigkeit einer auf Zahlung der **Aufwandspauschale** nach § 275c Abs. 1 Satz 2 SGB V gerichteten Klage setzt nicht die vorherige Durchführung des **Erörterungsverfahrens** nach § 17c Abs. 2b KHG voraus.

Dem Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale steht nicht entgegen, wenn die Krankenkasse erst während oder nach Durchführung des Erörterungsverfahrens den vollen **Abrechnungsbetrag anerkennt**.

SG Heilbronn, Urt. v. 25.09.2024 - S 12 KR 196/24 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu bezahlen; das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Trotz unzutreffender Kodierung keine Minderung der Abrechnung

LSG Hamburg, Urteil v. 03.04.2025 - L 1 KR 83/24 KH

RID 25-03-93

Revision 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). Allerdings kann der Anspruch auf die Aufwandspauschale vorliegend ohnehin nicht ausscheiden, weil die Bekl. **nicht durch eine nachweislich fehlerhafte Abrechnung** des Krankenhauses veranlasst wurde, das Prüfverfahren unter Beteiligung des MDK einzuleiten. Die Einleitung durch die Bekl. erfolgte vielmehr ausschließlich wegen Zweifeln an der Behandlungsdauer. Insoweit war die Abrechnung jedoch unstreitig nicht fehlerhaft. Die **Erweiterung des Prüfauftrags um die Nebendiagnose** nahm der MDK selbst erst am Tag der Begehung vor, an dem auch das Gutachten erstellt wurde, sodass sich schon der Verdacht aufdrängt, dass dem MDK auch bewusst gewesen sein dürfte, dass die fehlende Nebendiagnose überhaupt nicht erlösrelevant ist, sodass die Erweiterung des Prüfauftrags, die schon nicht von der Beklagten ausging, nicht mit dem Ziel erfolgte, den Rechnungsbetrag zu mindern.

SG Hamburg, Urt. v. 12.09.2024 - S 50 KR 1511/21 - RID 25-02-106 verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

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: Rückforderung der Umsatzsteuer auf Fertigarzneimittel

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.03.2025 - L 10 KR 215/23 KH

RID 25-03-94

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 109, 129a; SGB I § 45

Ein Anspruch auf **Erstattung der Umsatzsteuer** auf Fertigarzneimittel ergibt sich anhand ergänzender Vertragsauslegung der AMPV 2004 bzw. 2011.

Streitig ist zwischen den Beteiligten die Rückforderung der Umsatzsteuer auf Fertigarzneimittel in Höhe von insgesamt 298.762,02 € aus der Differenz von 19 % zu 7 % in den Jahren 2009 bis 2018. **SG Duisburg**, Urt. v. 13.01.2023 - S 17 KR 2584/19 - RID 23-02-122 verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die zu 1) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 107.806,13 €, an die zu 2) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 42.238,63 €, an die zu 3) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 363,33 €, an die zu 4) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 1.513,42 €, an die zu 5) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 20.899,38 € und an die zu 6) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 75.350,26 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. Pharmazeutische Unternehmer

a) Parenterale Ernährung: Bereitstellung eines Verordnungsservice-Portals

LSG Hessen, Beschluss v. 08.05.2025 - L 8 KR 257/24 B ER

RID 25-03-95

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 73 VIII, 197b; SGB X § 53 I; SGG § 86b

Leitsatz: Zum einstweiligen Rechtsschutz eines Herstellers parenteraler Ernährung gegen einen Vertrag zwischen einer Krankenkasse und einem privaten Unternehmen, aufgrund dessen dieses ein online-Portal zur parenteralen Ernährung mit vergleichenden Informationen zu den verschiedenen Anbietern parenteraler Ernährung bereitstellt.

Der Vertrag über die **Bereitstellung eines Verordnungsservice-Portals** zum Zweck der Unterstützung und Sicherstellung einer wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln zur parenteralen Ernährung findet eine ausreichende **Rechtsgrundlage** in § 73 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 197b SGB V.

SG Frankfurt a.M., Beschl. v. 21.08.2024 - S 34 KR 26/24 ER - juris lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) BVerfG: Kostendämpfungsmaßnahmen nach dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

BVerfG, Beschluss v. 07.05.2025 - 1 BvR 1507/23, 1 BvR 2197/23

RID 25-03-96

www.juris.de

SGB V §§ 35a, 130a, 130b, 130e; GG Art. 3 I, 12 I; GKVFinStabG,

Leitsatz: 1. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gilt bei **Kostendämpfungsmaßnahmen** mit dem Ziel, die finanzielle Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern, wegen der Komplexität des Systems in der Regel eine zurückgenommene Kontrolle in Form der **Evidenz- oder Plausibilitätskontrolle**.

2. Bei finanzwirksamen Eingriffen in die **Berufsausübungsfreiheit** zum Zwecke der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist bei der **Angemessenheitsprüfung** insbesondere zu berücksichtigen, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung in weiten Teilen nicht durch Marktkräfte gesteuert wird und den Gesetzgeber eine besondere Verantwortung für die Kostenstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung trifft. Die Leistungserbringer unterliegen in besonderem Maße den Einwirkungen sozialstaatlicher Gesetzgebung. Gegenüber Eingriffen, die der Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung dienen, besteht nur ein **verminderter Vertrauensschutz**. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Gesetzgeber diejenigen belastet, die aus seiner Sicht für die Kostensteigerungen besonders verantwortlich sind.

Die Verfassungsbeschwerden der Bf. als pharmazeutische Unternehmer i.S.v. § 4 Abs. 18 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG) richten sich gegen verschiedene durch das Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) v. 07.11.2022 in das SGB V eingefügte und zum Teil durch das Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz - ALBVVG) v. 19.07.2023 geänderte Bestimmungen. Dabei wenden sich beide Bf. gegen § 130a Abs. 1b SGB V (Herstellerabschlag in Höhe von 12 % für ein Jahr), § 130a Abs. 3a SGB V (Verlängerung des Preismoratoriums) und § 130e SGB V (Kombinationsabschlag). Die Bf. zu II. wendet sich darüber hinaus gegen § 130b Abs. 3 S. 1 bis 6 SGB V (Leitplanken). Die Bf. zu I. richtet sich zudem gegen § 130b Abs. 3a S. 2 bis 9 (teilweise i.V.m. Abs. 4 S. 3) SGB V (Geltung des Erstattungsbetrags ab dem siebten Monat nach Markteintritt). Das **BVerfG** wies die Verfassungsbeschwerden zurück.

c) Markteinführung eines neu eingeführten Arzneimittels und Preisabschlag

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.02.2025 - L 10 KR 670/23

RID 25-03-97

Revision anhängig: B 3 KR 9/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 130a IIIa

Bei der Markteinführung von Prezista® 800 mg Filmtabletten in der Packungsgröße von 30 Tabletten handelt es sich zwar um ein von einem pharmazeutischen Unternehmen **neu eingeführtes Arzneimittel**, für das bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht worden war. Der **Abgabepreis** hat sich jedoch gegenüber dem vorherigen Preisstand nicht erhöht, so dass kein **Abschlag** zu berechnen ist.

Zwischen der kl. pharmazeutischen Unternehmerin und dem bekl. Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist die Abschlagspflicht für Arzneimittel nach § 130a Abs. 3a SGB V (sog. Preisabschlag) umstritten. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 23.05.2023 - S 26 KR 1483/18 - wies die Klage ab. Das **LSG** stellte fest, dass die Festlegung von Abschlägen gem. § 130a Abs. 3a S. 4 SGB V für das Arzneimittel Prezista® 800mg mit 30 Filmtabletten seit Markteinführung zum 15.02.2013 in Höhe von 153,15 € bis zum 31.03.2013, in Höhe von 180,62 € bis zum 31.12.2013, in Höhe von 202,12 € bis zum 31.03.2014, in Höhe von 199,97 € bis zum 30.04.2014, in Höhe von 169,56 € bis zum 30.06.2018, in Höhe von 161,44 € bis zum 30.09.2018, in Höhe von 172,61 € bis zum 14.03.2019, in Höhe von 155,90 € bis zum 30.06.2019, in Höhe von 149,68 € bis zum 31.07.2019, in Höhe von 158,24 € bis zum 30.06.2020 und in Höhe von 160,45 € bis zum 31.03.2021, rechtswidrig war, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

d) Gestaltungsspielraum der Schiedsstelle (Retsevmo® mit Wirkstoff Selpercatinib)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.06.2025 - L 9 KR 251/22 KL

RID 25-03-98

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 130b III 1

Leitsatz: 1. Bei der Prüfung, ob ein „begründeter Einzelfall“ vorliegt, in dem ausnahmsweise eine Abweichung von der gesetzlichen Soll-Regelung des § 130b Abs. 3 Satz 1 SGB V a.F. und Durchbrechung der Preisobergrenze für ein Arzneimittel geboten ist, kommt der gerichtsfreie weite Gestaltungsspielraum der Schiedsstelle in besonderem Maße zum Tragen; der weite **Gestaltungsspielraum der Schiedsstelle** wird bereits dann fehlerfrei gehandhabt, wenn sich nur eine einigermaßen plausible Begründung dafür findet, in dem betreffenden Wirkstoff keinen „Sonderfall“ zu sehen.

2. Dem Schiedsverfahren auf der **zweiten Stufe der Preisregulierung** obliegt es nicht, Bewertungen nachzuholen, die nach der Regelungssystematik der ersten (Nutzenbewertungs-)Stufe zugewiesen sind (vgl. BSG, Urt. v. 12.08.2021 - B 3 KR 3/20 R - BSGE 133,1 = SozR 4-2500 § 130b Nr. 5, juris Rn. 53). Hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Zusatznutzen eines Arzneimittels auf der ersten Stufe verneint, ist es dementsprechend nicht zu beanstanden, dass eine Schiedsstelle es auf der zweiten Stufe ablehnt, einen vom Hersteller geltend gemachten „kleinen“ Zusatznutzen im Wege einer Ausnahme von der Soll-Regelung des § 130b Abs. 3 Satz 1 SGB V a.F. (doch) zu „monetarisieren“.

Im Streit steht ein Schiedsspruch über die Festlegung eines Erstattungsbetrages für ein erstattungsfähiges Arzneimittel mit neuem Wirkstoff (Fertigarzneimittel Retsevmo® mit dem Wirkstoff Selpercatinib). Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Hilfsmittelverzeichnis: Umgruppierung eines Hilfsmittels

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 30.04.2025 - L 14 KR 47/25 B ER

RID 25-03-99

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 139; SGB X § 25 I 1; SGG § 86b II

Leitsatz: Die vom BSG aufgestellten Grundsätze, unter welchen Voraussetzungen **Anbieter konkurrierender Behandlungsmethoden** berechtigt sind, die an die Erbringung der konkurrierenden Behandlungsmethoden gestellten Anforderungen gerichtlich überprüfen zu lassen, sind auch auf

Anträge von **Hilfsmittelherstellern** aufgrund der Weiterentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses anzuwenden.

Die gegenüber einem Hersteller bekannt gegebene Entscheidung über die **Umgruppierung** seines **Hilfsmittels** innerhalb des Hilfsmittelverzeichnisses stellt keinen Verwaltungsakt mit drittschützender Wirkung dar.

SG Berlin, Beschl. v. 23.12.2024 - S 31 KR 1599/24 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab; das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. Versorgungsvertrag für Verbandmittel: Rechtsgrundlage

SG Freiburg, Urteil v. 05.05.2025 - S 6 KR 2387/24

RID 25-03-100

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2, 31, 69 I 1, 127 I 3; SGB X § 55; GWB § 103

Leitsatz: 1. Die Rechtsgrundlage für einen Vertrag zwischen einer Krankenkasse und einem sonstigen Leistungserbringer über die **Versorgung von Versicherten mit Verbandmitteln** ist § 55 SGB X, da das 4. Kapitel des SGB V dafür keine Spezialregelungen enthält und die dortigen Vorschriften darauf auch nicht entsprechend anwendbar sind.

2. Wird ein solcher Vertrag im **Open-House-Verfahren** abgeschlossen, besteht kein Verhandlungsanspruch entsprechend § 127 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

Das **SG** wies die Klage ab.

5. Physiotherapeuten

a) Hausbesuchs in einer „sozialen Einrichtung“

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 27.05.2025 - S 38 KR 3760/22 D

RID 25-03-101

www.juris.de

SGB V §§ 124, 125

Bei der Durchführung eines **Hausbesuchs in einer „sozialen Einrichtung“** ist nach der jeweiligen Vergütungsvereinbarung die Positionsnummer X9934 **abzurechnen**. Der Zusatz „je Patient“ dient allein der Klarstellung, dass bei der Behandlung mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung im Rahmen eines Hausbesuchs, für jeden behandelten Patienten jeweils die Position X9934 abgerechnet werden darf.

Das **SG** verurteilte die bekl. Physiotherapeutin, an die kl. Krankenkasse 1.092,43 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Ausgleichszahlung aus dem „Heilmittel Rettungsschirm“ für Physiotherapiepraxis

LSG Bayern, Urteil v. 22.07.2024 - L 20 KR 332/23

RID 25-03-102

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 16/24 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 32 I, 84 V, VII, 124; COVID-19-VSt-SchutzV § 2; GG Art. 3 I

Parallelentscheidung zu LSG Bayern, Urt. v. 22.07.2024 - L 20 KR 279/22 - RID 25-01-93:

Leitsatz: 1. Maßgeblich für die Bestimmung der im vierten Quartal 2019 gegenüber den Krankenkassen abgerechneten **Vergütung**, auf die § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 COVID-19-VSt-SchutzV abstellt, sind allein die dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Abs. 7 i.V.m. Abs. 5 SGB V **in diesem Quartal vorliegenden Daten**. Auf die tatsächlichen Umsätze in diesem Quartal kommt es nicht an.

2. § 2 COVID-19-VSt-SchutzV verstößt nicht gegen **höherrangiges Recht**.

SG Nürnberg, Gerichtsbes. v. 04.07.2023 - S 14 KR 787/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. Krankentransportunternehmen: Rechnungslegungsvorschrift als Ausschlussfrist

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 10.07.2024 - L 4 KR 80/23

RID 25-03-103

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 11/25 R

www.juris.de

SGB V § 133 I

Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch ist, dass das Transportunternehmen nach § 6 des Rahmenvertrages ordnungsgemäß Rechnung legt. Solange diese nicht erfolgt, kann die Krankenkasse die Vergütung verweigern. Soweit das BSG mangels ausdrücklicher Regelung über die Folgen bei **Nichtbeachtung eine Rechnungslegungsvorschrift** nicht als Ausschlussfrist, sondern als „bloße“ Ordnungsfrist angesehen hat (vgl. dazu BSG, Urt. v. 13.12.2011 - B 1 KR 9/11 - SozR 4-2500 § 60 Nr. 6), gilt dies nicht, soweit der Rahmenvertrag ausdrücklich eine „**vertragliche Ausschlussfrist**“ vorsieht. Eine Anspruchsausschlussfrist von 12 Monaten ist im Massengeschäft der Personenbeförderungsleistungen nicht zu beanstanden.

SG Stade, Urt. v. 11.01.2023 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. Schiedsspruch über Vergütungsbetrag für digitale Gesundheitsanwendung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.02.2025 - L 4 KR 196/23 KL

RID 25-03-104

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 134 II

Leitsatz: 1. Auch der **Schiedsstelle** nach § 134 Abs. 2 SGB V ist ein weiterer **Entscheidungsspielraum** eingeräumt, der nur eingeschränkter gerichtlicher Prüfung unterliegt.

2. Die Wahl eines andeutungsweise erläuterten und nachvollziehbaren **Modells zur Ermittlung des Vergütungsbetrags** für eine digitale Gesundheitsanwendung ist vom Entscheidungsspielraum der Schiedsstelle gedeckt. Dass andere Modelle u.U. mehr Überzeugungskraft und Plausibilität aufweisen, ist nicht entscheidungserheblich.

3. Da die Schiedsstelle keinen konkreten Rechenweg für die Herleitung des von ihr festgesetzten Vergütungsbetrags offenlegen muss, sind ihr ggf. unterlaufene **Rechenfehler** hinzunehmen.

4. Der weite Entscheidungsspielraum der Schiedsstelle hat im Hinblick auf eine geltend gemachte Verletzung des **Gleichheitsgrundsatzes** zur Folge, dass gerichtlich nur eine **Willkürprüfung** stattfindet.

5. Die Höhe des tatsächlichen Vergütungsbetrags bei Abgabe an Selbstzahler (§ 139 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V) - der sog. **Selbstzahlerpreis** - kann, muss aber nicht in die Ermittlung des Vergütungsbetrags einfließen.

6. Mit der **Aufnahme einer digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis** nach § 139e SGB V entscheidet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte für alle Beteiligten des GKV-Systems verbindlich (nur) über das Vorliegen positiver Versorgungseffekte. Das Ausmaß festgestellter positiver Versorgungseffekte beurteilen demgegenüber (nur) die Partner der Vergütungsbetragsvereinbarung nach § 134 Abs. 1 SGB V bzw. die Schiedsstelle nach § 134 Abs. 2 SGB V.

7. Die Regelung zu **Ausgleichsansprüchen** der Krankenkassen gegenüber Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen für den Fall, dass die **endgültige Aufnahme in das Verzeichnis** nach § 139e SGB V **abgelehnt** und die zur Erprobung vorläufig aufgenommene digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis gestrichen wird (§ 4 Abs. 4 lit. b) Satz 3 der Rahmenvereinbarung nach § 134 Abs. 4 SGB V), ist rechtmäßig. Diese Regelung ist entsprechend anzuwenden, wenn die endgültige Aufnahme in das Verzeichnis mit einem engeren Anwendungsbereich als bei der Aufnahme zur Erprobung erfolgt.

8. Die eine Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen auslösenden Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung - die verordnenden vertragsärztlichen Leistungserbringer bzw. die genehmigenden Krankenkassen (vgl. § 33a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V) - können die in Betracht kommenden **Indikationen** nicht den Bescheiden des BfArM über die (vorläufige oder endgültige) Aufnahme in das Verzeichnis entnehmen, da diese nicht ihnen, sondern nur dem jeweiligen Hersteller bekannt gegeben werden. Für Informationen über die jeweiligen Indikationen sind diese Akteure einerseits auf die **Angaben des BfArM im (nur elektronisch zugänglichen) Verzeichnis** angewiesen und andererseits an sie gebunden.

9. Eine **Teilanfechtung bzw. -aufhebung** eines Schiedsspruchs ist zulässig, wenn zwischen dem angefochtenen bzw. aufgehobenen Teil und den verbleibenden Regelungen kein Zusammenhang besteht, der eine isolierte Aufhebung ausschließt.

10. Beteiligte eines Schiedsverfahrens sind mit der **Rüge von Besetzungsfehlern** präkludiert, wenn die Rüge nicht bereits im Schiedsverfahren erhoben wurde, obwohl ihnen die hierfür maßgeblichen Umstände damals schon bekannt waren.

11. Es bleibt offen, ob die Frage, wer zu den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen **Spitzenorganisationen der Hersteller von DiGA** zählt, inzident im Rahmen eines Rechtsstreits um die Rechtmäßigkeit eines von der Schiedsstelle festgesetzten Vergütungsbetrags geklärt werden kann.

12. Im Streit um die Rechtmäßigkeit eines durch die Schiedsstelle festgesetzten Vergütungsbetrags für eine digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) entfällt das **Rechtsschutzbedürfnis** nicht, wenn aus dem Schiedsspruch resultierende Forderungen von Krankenkassen Teil eines den DiGA-Hersteller betreffenden, gerichtlich bestätigten Insolvenzplans sind, aber unbekannt ist, ob alle Krankenkassen ihre diesbezüglichen Forderungen zur Insolvenztabelle angemeldet haben.

13. Im Streit um die Rechtmäßigkeit eines durch die Schiedsstelle festgesetzten Vergütungsbetrags lässt die **Möglichkeit zur Kündigung einer Vergütungsvereinbarung** das **Rechtsschutzbedürfnis** des DiGA-Herstellers für die Zukunft nicht entfallen, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen keine Zusage für einen höheren Vergütungsbetrag gegeben hat.

Das **LSG** hob den angefochtenen Bescheid v. 16.05.2023 hinsichtlich seiner Ziff. 4 auf und verpflichtete die Bekl., insoweit unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Klage ab.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Zuführung von Finanzreserven zum Gesundheitsfonds

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 03.04.2025 - L 5 KR 308/21 KL

RID 25-03-105

Revision anhängig: B 1 KR 11/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 272 I 1

Der Bescheid verstößt hinsichtlich seines Regelungsgehalts **der Zuführung von Finanzreserven** der Kl. in Höhe von 186.909.555,25 € zum Gesundheitsfonds weder gegen die einfachgesetzlichen Vorgaben der Ermächtigungsgrundlage, noch stellt der Bescheid einen Verstoß gegen **verfassungsrechtliche Vorgaben** dar. Das Verfahren war auch nicht **auszusetzen**. Dem **Beweisantrag** der Kl. war mangels Entscheidungserheblichkeit ebenfalls nicht nachzukommen.

Die Bekl. hat die **einfachgesetzlichen Eingriffsvoraussetzungen** zutreffend angewandt. Sie durfte und musste insoweit die zum Abschluss des zweiten Quartals 2020 vorgelegten **vierteljährlichen Rechnungsergebnisse** der Berechnung des Zuführungsbetrags zugrunde legen. Diese Voraussetzungen sind auch nicht durch das 8. SGB IV-Änderungsgesetz modifiziert worden. Die von der Kl. angemahnte Differenzierung zwischen verschiedenen Arten der **Betriebsmittel** findet im Gesetz ebf. keine Grundlage.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der anteiligen Heranziehung von Finanzreserven der Kl. im Jahre 2021 zum Gesundheitsfonds und hier insb. über die Auswirkung einer fehlerhaften Meldung der Quartalszahlen im zweiten Quartal 2020 durch die Kl. und einer späteren Umbuchung bestimmter Vermögenswerte aus den Finanzreserven in das Verwaltungsvermögen. Das **LSG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 03.04.2025 - L 5 KR 306/21 KL

RID 25-03-106

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

2. Finanzausgleich 2021 verfassungsgemäß

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.02.2025 - L 16 KR 336/21 KL

RID 25-03-107

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 260, 272

Die **verfassungsrechtlichen Bedenken** der Kl. gegen die **Regelung des Finanzausgleichs 2021** in § 272 Abs. 1 SGB V und ihre Umsetzung durch den angefochtenen Bescheid greifen nicht durch. Diese Regelung sowie der angefochtene Bescheid verstoßen weder gegen das **Willkürverbot** noch gegen das **Rückwirkungsverbot**. Auch aus **Art. 87 Abs. 2 GG** ergibt sich nicht die Verfassungswidrigkeit der Vorschrift über den Finanzausgleich 2021 in § 272 SGB V.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der anteiligen Heranziehung von Finanzreserven der kl. Krankenkasse zum Gesundheitsfonds nach § 272 SGB V. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Einreichungsfrist: Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

SG Bremen, Urteil v. 12.06.2025 - S 62 KR 224/23

RID 25-03-108

www.juris.de

SGB V § 65a

Leitsatz: Zur Rechtmäßigkeit der **Fristsetzung einer Krankenkasse** in ihrer **Satzung** hinsichtlich der Einreichung der Unterlagen zwecks Nachweises der Erfüllung der Voraussetzungen zum Bezug eines Bonus nach § 65a SGB V.

Das **SG** wies die Klage ab.

X. Verfahrensrecht/Sonstiges

1. Widerruf der Zulassung für Komponenten der Telematikinfrastruktur

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 23.05.2025 - L 5 KR 38/25 B ER

RID 25-03-109

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 311, 325; SGB I § 39 I 2; SGB X §§ 32, 35, 47; SGG §§ 86a, 86b

Leitsatz: 1. Ein gewinnorientiertes **Privatunternehmen**, das in einem Verwaltungsverfahren Funktionen wahrnimmt, die denen eines Verwaltungshelfers entsprechen, kann ungeachtet seiner **Beiladung** durch eine gerichtliche Sachentscheidung im Rechtsstreit zwischen den Beteiligten des Verwaltungsverfahrens nicht materiell **beschwert** sein.

2. Der **Widerruf eines begünstigenden Verwaltungsakts** (hier: Zulassung einer Komponente der Telematikinfrastruktur) nach § 47 Abs. 1 Nr. 1 SGB X setzt eine **Ermessensentscheidung** voraus, in die alle Umstände des Einzelfalls einzustellen sind. Die Widerrufsentscheidung ist nicht schon deshalb alternativlos, weil deren tatbestandliche Voraussetzungen vorliegen.

3. Eine **Vollziehungsanordnung** nach § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG muss auf ein besonderes **Vollziehungsinteresse** gestützt werden. Das dem Verwaltungsakt zugrundeliegende allgemeine Vollziehungsinteresse reicht nicht aus.

4. Qualifizierte elektronische **Signaturerstellungseinheiten** bleiben als Komponenten der Telematikinfrastruktur grundsätzlich auch bei einer Sicherheitslücke der verbauten Hardware „**sicher**“ i.S. des § 325 Abs. 2 Satz 1 SGB V, sofern, soweit und solange die Einheit nach Art. 30 eIDAS-VO (Verordnung <EU> Nr. 910/2014 über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen im Binnenmarkt) zertifiziert ist.

5. Das **öffentliche Vollziehungsinteresse** kann bei umfassender Folgenabwägung im Einzelfall ausnahmsweise auch dann überwiegen, wenn sich der Verwaltungsakt, über dessen vorläufige Suspendierung die Beteiligten streiten, als **offensichtlich rechtswidrig** erweist, insbesondere, wenn Fehler des Verwaltungsakts im Widerspruchsverfahren noch geheilt werden könnten.

6. Ein mit hohem Zeit- und Ressourcenaufwand unter Laborbedingungen einmalig erfolgreich durchgeführter Seitenkanalangriff auf eine Hardwarekomponente, die in Heilberufsausweisen verbaut ist, stellt eine überschaubare und verkraftbare **Beeinträchtigung der Integrität der Telematikinfrastruktur** dar. Er führt nicht dazu, dass Ärzte oder andere Träger von Heilberufen eine

ihnen zugerechnete Signatur ohne jeden Einzelfallbezug allein unter Verweis auf diesen erfolgreichen Angriff abstreiten könnten.

SG Schleswig, Beschl. v. 05.03.2025 - S 29 KR 18/25 ER - stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Widerrufsbescheid der Ag. v. 31.01.2025 wieder her. Das **LSG** verwarf die Beschwerde der Beigel. zu 2. als unzulässig und wies die Beschwerde der Ag. mit der Maßgabe zurück, dass die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Widerrufsbescheid vom 31.01.2025 angeordnet wird.

2. Unstatthaftigkeit einer Berufung: Kein Übersteigen des Werts des Beschwerdegegenstandes

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.01.2025 - L 10 KR 209/24

RID 25-03-110

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 144

Unstatthaft ist die **Berufung**, wenn der **Wert des Beschwerdegegenstandes** 750 € nicht übersteigt und die Berufung auch keine wiederkehrenden oder laufenden Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft (§ 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, S. 2 SGG).

SG Dortmund, Urt. v. 11.03.2024 - S 68 KR 536/22 - juris wies die Klage ab; das **LSG** verwarf die Berufung als unzulässig.

3. Beschwerde in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 27.11.2024 - L 11 KR 3287/24 ER-B

RID 25-03-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG §§ 144 I 1, 172 III

Gem. § 172 Abs. 3 Ziff. 1 SGG ist in **Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes** die **Beschwerde** unzulässig, wenn in der Hauptsache die **Berufung der Zulassung** bedarf. Gem. § 144 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 SGG bedarf die Berufung dann der Zulassung, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 750 € nicht übersteigt und keine wiederkehrenden oder laufenden Leistungen für mehr als ein Jahr betroffen sind (hier: Fahrkostenerstattung i.H.v. 21,80 €).

Vorausgehend: **SG Konstanz**, Beschl. v. 06.11.2024 - S 8 KR 1932/24 ER -. Das **LSG** verwarf die Beschwerde des Ast. als unzulässig.

4. Keine nach Zeitabschnitten gestaffelte Festsetzung des endgültigen Streitwerts

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 11.12.2023 - L 10 KR 427/23 B KH

RID 25-03-112

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG § 40

Für die **Wertberechnung der Gerichtsgebühren** bestimmt § 40 GKG den Zeitpunkt der den jeweiligen Streitgegenstand betreffenden Antragstellung als maßgeblich, die den Rechtszug einleitet. Reduziert sich die Klageforderung - wie hier - etwa durch die teilweise Rücknahme der Klage, hat dies auf den für die Gerichtsgebühren maßgeblichen Streitwert keinen Einfluss, der Wert zu Beginn des Rechtszugs bleibt maßgeblich.

Eine **nach Zeitabschnitten gestaffelte Festsetzung** des endgültigen Streitwerts sieht das GKG hingegen nicht vor; sie ist weder mit Blick auf die Festsetzung der Gerichtsgebühren noch unter Berücksichtigung anwaltlicher Gebühreninteressen geboten. Sie ist im Rahmen der nach § 63 Abs. 2 GKG vorzunehmenden Festsetzung insb. auch nicht deshalb geboten oder gerechtfertigt, weil im Rahmen der Festsetzung der **anwaltlichen Vergütung** unterschiedliche Werte für verschiedene Gebühren maßgebend sein können und sich Verfahrens-, Termins- und Einigungsgebühr nicht zwangsläufig nach demselben Gegenstandswert richten wie die Gerichtsgebühren.

Soweit in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung in der Vergangenheit etwa bei teilweiser Erledigung des Rechtsstreits die Notwendigkeit und Möglichkeit einer gestaffelten Streitwertfestsetzung gesehen wurde, folgt der Senat dieser Rechtsprechung nicht. Es erscheint insoweit sachgerecht, die Beteiligten

in Fällen unterschiedlicher Gegenstandswerte für die anwaltliche Tätigkeit auf das **Antragsverfahren nach § 33 Abs. 1 RVG** zu verweisen.

SG Detmold, Beschl. v. 28.02.2023 - S 23 KR 254/20 - setzte den Streitwert auf 4.054,81 € fest, das **LSG** wies die Beschwerde der Bekl. zurück.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Keine Begrenzung der Behandlungskosten (Behandlung einer Bronchitis fibroplastica in USA)

BSG, Beschluss v. 03.03.2025 - B 1 KR 67/23 B

RID 25-03-113

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 20.06.2023 - L 16 KR 533/18 - wird als unzulässig verworfen.

Nach der Senatsrspr. sind **Vergleichsberechnungen mit Vergütungen** für stationäre Behandlungen von öffentlich geförderten Krankenhäusern und Versorgungskrankenhäusern für eine Vergleichsberechnung nicht geeignet. Im innerstaatlichen Bereich können die Tatbestände des § 138 BGB allerdings zur Nichtigkeit des Vergütungsanspruchs einer Privatklinik i.S. des § 30 Abs. 1 Gewerbeordnung führen. Die Beklagte zeigt nicht die Klärungsbedürftigkeit der sinngemäß formulierten Rechtsfrage auf, soweit die Maßstäbe des § 138 BGB Anwendung finden sollten. Sie legt ferner für den gegenteiligen Fall zur Klärungsbedürftigkeit nicht dar, dass die annehmbar nach **US-amerikanischem Privatrecht entstandene Forderung** des CHOP für den Kostenerstattungsanspruch nach § 18 SGB V am Maßstab des US-amerikanischen Rechts zu beurteilen sein soll. Auch legt sie zur Klärungsfähigkeit nicht dar, dass die Forderung des CHOP schon nach US-amerikanischem Recht keinen Bestand haben kann.

Für die von der Beschwerde aufgeworfene Frage, ob es im Rahmen des **Anspruchs nach § 2 Abs. 1a SGB V** eine **Kostenobergrenze** gibt, fehlt es an hinreichenden Darlegungen zur Klärungsbedürftigkeit. Nach der BSG-Rspr. ist in einem Fall des § 2 Abs. 1a SGB V kein Raum für die Geltung des **Wirtschaftlichkeitsgebots**, wenn überhaupt nur eine Leistung in Rede. Denn das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V bedingt im Sinne des **Minimalprinzips** allein den Beleg, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind. Es kann daher nicht greifen, wenn weitere zumutbare Behandlungsalternativen nicht zur Verfügung stehen.

Allerdings fragt hier die Bekl., wenngleich verklausuliert, ob ein **Menschenleben** gleichwohl einen **Preis** haben kann, bei dessen Überschreitung infolge der zu erwartenden Behandlungskosten die gesetzliche **Krankenversicherung nicht mehr leistungspflichtig** ist. Die Bekl. benennt keine Regelung, aus der eine solche Begrenzung abgeleitet werden könnte. Nach **BVerfG** v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25, 49 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 Rn. 64 ist es mit Art 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, den Einzelnen unter den Voraussetzungen des § 5 SGB V einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterwerfen und für seine an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgerichteten Beiträge die notwendige Krankheitsbehandlung gesetzlich zuzusagen, ihn andererseits aber, wenn er an einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung leidet, für die schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht vorliegen, von der Leistung einer bestimmten Behandlungsmethode durch die Krankenkasse auszuschließen und ihn auf eine Finanzierung der Behandlung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu verweisen.

SG Bremen, Urt. v. 23.10.2018 - S 8 KR 263/17 - RID 19-01-113 verpflichtete die Bekl., die Kosten (hier: in Höhe von 299.199,61 €) der Behandlung des Kl. im Children's Hospital of Philadelphia einschließlich der Kosten der Begleitperson endgültig zu übernehmen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. Krankenhauskosten

a) Vergütungsanspruch nach Verlegung

BSG, Urteil v. 16.05.2024 - B 1 KR 29/22 R

RID 25-03-114

SozR 4-2500 § 69 Nr. 15 = GesR 2024, 807

Leitsatz: 1. Ein **Krankenhaus** muss im Falle einer **Verlegung** keine **Wirtschaftlichkeitsprüfung** anstellen, wenn diese durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt ist.

2. Verlegt ein Krankenhaus einen Versicherten **ohne sachlichen Grund**, trägt es in der Regel das Risiko dadurch verursachter Mehrkosten.

3. Bei einer sachgrundlosen Verlegung scheidet eine **schuldhafte Pflichtverletzung** nur aus, wenn das Krankenhaus trotz sorgfältiger Abschätzung ausnahmsweise davon ausgehen durfte, die Verlegung werde keine Mehrkosten verursachen.

4. Die **Weiterbehandlung im eigenen Haus** erfordert grundsätzlich keine Prüfung, ob eine Verlegung insgesamt wirtschaftlicher sein könnte (Weiterentwicklung von BSGE 135, 292 = SozR 4-2500 § 69 Nr. 12).

b) Aufrechnung: Fristgerechte Mitteilung des bezifferten Erstattungsanspruchs

BSG, Urteil v. 28.08.2024 - B 1 KR 33/23 R

RID 25-03-115

BSGE = SozR 4-5560 § 17c Nr. 15 = GesR 2025, 187

Leitsatz: 1. Die **Wirksamkeit der Aufrechnung** eines Erstattungsanspruchs der Krankenkasse gegen einen Vergütungsanspruch des Krankenhauses setzt die fristgerechte Mitteilung des bezifferten Erstattungsanspruchs voraus.

2. Hat ein Krankenhaus in der Vergangenheit Aufrechnungen einer Krankenkasse ohne Bezifferung des Erstattungsanspruchs akzeptiert, kann es **treuwidrig** sein, wenn es sich ohne vorherige Ankündigung auf das Fehlen der von der Prüfverfahrensvereinbarung geforderten fristgerechten Bezifferung des Erstattungsanspruchs beruft.

c) Aufwandspauschale: Zeitpunkt ist für den Beginn der Verjährung

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

RID 25-03-116

BSGE = SozR 4-2500 § 275 Nr. 40

Leitsatz: 1. Maßgeblich für den **Nichteintritt einer Abrechnungsminderung** als Voraussetzung für den Anspruch auf die **Aufwandspauschale** ist eine wirtschaftliche Betrachtungsweise.

2. Der Anspruch auf die Aufwandspauschale **entsteht** zu dem **Zeitpunkt**, ab dem eine Minderung der abgerechneten Vergütung gegen den Willen des Krankenhauses ausgeschlossen ist.

d) Insolventer Krankenhausträger: Gerichtliche Geltendmachung einer Vergütungsforderung

BSG, Urteil v. 14.11.2024 - B 1 KR 1/24 R

RID 25-03-117

BSGE = SozR 4-7912 § 280 Nr. 1 = ZInsO 2025, 744 = NZI 2025, 373 = ZIP 2025, 1171 = ZRI 2025, 516

Leitsatz: Der **Sachwalter** ist im **Insolvenzverfahren** mit angeordneter Eigenverwaltung weder kraft Gesetzes noch kraft Insolvenzplanregelung befugt, eine **Forderung des Insolvenzschuldners** mit der Begründung geltend zu machen, die hiergegen erklärte Aufrechnung sei wegen der Erlangung der Aufrechnungsmöglichkeit durch eine anfechtbare Rechtshandlung unwirksam.

3. Rezepturzuschlag für die Herstellung zytostatikahaltiger parenteraler Lösungen

BSG, Urteil v. 05.09.2024 - B 3 KR 21/22 R

RID 25-03-118

SozR 4-2500 § 129 Nr. 18 = GesR 2025, 131 = KrV 2025, 26

Leitsatz: Jede je für sich abgabefertige und je für sich vollständige, hergestellte **Zytostatikazubereitung** berechtigt als applikationsfertige Einheit zur Abrechnung eines **Rezepturzuschlags**.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation: Berücksichtigung eines Insolvenzverfahrens

VGH Bayern, Urteil v. 25.02.2025 - 21 B 20.1993

RID 25-03-119

www.juris.de

ZHG § 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1; StGB §§ 53, 266a I

Im Rahmen der **Unzuverlässigkeitsprognose** ist die **Eröffnung eines Insolvenzverfahrens** über das Vermögen zu berücksichtigen, da es die Vermögenssituation maßgeblich beeinflusst und erhebliche Auswirkungen auf die zu prognostizierende Unzuverlässigkeit wegen zu befürchtender weiterer Vermögensdelikte in der Zukunft hat.

b) Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes: Zahnärztliche Ausbildung in Syrien

VG Halle, Urteil v. 27.03.2025 - 8 A 2/25 HAL

RID 25-03-120

www.juris.de

ZHG § 2

Leitsatz: 1. Das fachlich-inhaltliche Instrumentarium für die Bewertung ausländischer Qualifikationen für den Beruf Zahnarzt/Zahnärztin bindet als normkonkretisierende **Verwaltungsvorschrift** ausschließlich die Verwaltung, um eine einheitliche Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der Gleichwertigkeit zu erreichen.

2. Nicht nur das **Fehlen der Kernfächer**, sondern auch der so genannten **Querschnittsbereiche** (hier: Notfallmedizin) der zahnärztlichen Approbationsordnung in der zahnmedizinischen Ausbildung in einem Drittstaat entspricht grundsätzlich einem wesentlichen Unterschied, der aber durch Berufserfahrung und Lebenslanges Lernen ausgeglichen werden kann.

2. Strafrecht

a) BVerfG: Totschlag in mittelbarer Täterschaft bei Suizidhilfe durch einen Arzt

BVerfG 2. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 01.07.2025 - 2 BvR 860/25

RID 25-03-121

www.juris.de

StGB § 212

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BGH**, Beschl. v. 29.01.2025 - 4 StR 265/24 - RID 25-02-137 wird nicht angenommen.

Die **Verfassungsbeschwerde ist unzulässig**, weil sie den **Darlegungsanforderungen** der § 23 Abs. 1 S. 2, § 92 BVerfGG nicht genügt.

b) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Tätigkeit eines Vertragsarztes „in freier Praxis“ trotz Scheinvertrags

BGH, Urteil v. 02.10.2024 - 1 StR 156/24

RID 25-03-122

www.juris.de = GesR 2025, 32 = NStZ-RR 2025, 49 = ZMGR 2025, 48 = wistra 2025, 23 = medstra 2025, 125

SGB V §§ 95, 106a; Ärzte-ZV § 32b; BGB § 117; StGB § 263 I

Es ist von einer gemäß § 263 Abs. 1 StGB tatbestandsmäßigen **Täuschung bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen** auszugehen, wenn der Arzt nach dem maßgeblichen Kassenarztrecht nicht berechtigt war, seine tatsächlich erbrachten und an sich abrechnungsfähigen Leistungen gegenüber der zuständigen KV abzurechnen und in der Abgabe einer **Sammelerklärung** nach dem Empfängerhorizont die Erklärung liegt, die rechtlichen Abrechnungsvoraussetzungen lägen vor. Dazu

gehört insb. die Zulassung als Vertragsarzt. Ob die **Tätigkeit eines Arztes „in freier Praxis“** erfolgt, ist nach der BSG-Rspr. normativ in Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit im Angestelltenverhältnis (§ 32b Ärzte-ZV) zu bestimmen (vgl. BGH v. 02.10.2024 - 1 StR 156/24 - juris Rn. 19 f.).

Bei einem „**Geschäfts-Kooperationsvertrag**“, nach dem ein Verein in wirtschaftlicher Hinsicht an die Stelle des Vertragsarztes treten und die wirtschaftliche Leitung der Praxis sowie Kosten und Nutzen daraus übernehmen soll, kann es sich um einen **Scheinvertrag** handeln. Eine Verurteilung wegen Betrugs gegenüber der KV kommt dann mangels Täuschungshandlung nicht in Betracht.

bb) Unzureichende Ausstattung während Anästhesie für Zahnarztbehandlung

BGH, Urteil v. 13.08.2025 - 5 StR 55/25
StGB §§ 56 II, 223I, 224 I Nr. 5, 227 I u. II

RID 25-03-123

Der BGH hat über Revisionen gegen **LG Hamburg**, Urt. v. 12.07.2024 - 602 Ks 2/23 - RID 25-01-122 entschieden, welches eine im Mai 2016 tödlich verlaufene Narkosebehandlung zum Gegenstand hatte. Der seinerzeit 18-jährige Geschädigte erlitt im Rahmen einer durch den Angeklagten **Dr. A als Anästhesist** betreuten Vollnarkose ein Lungenödem und verstarb hieran. Die Narkose war für Zwecke einer umfangreichen **Zahnsanierung** eingeleitet worden, die an diesem Tag durch die Angeklagte **Dr. M ambulant in ihrer Zahnarztpraxis** durchgeführt wurde. Das Landgericht hat den Angeklagten Dr. A wegen Körperverletzung mit Todesfolge zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und sechs Monaten verurteilt, deren Vollstreckung es zur Bewährung ausgesetzt hat. Die Angeklagte Dr. M wurde vom gleichen Vorwurf freigesprochen. Soweit das Urteil den Angeklagten Dr. A betrifft, hat der Bundesgerichtshof es auf dessen Revision im Rechtsfolgenausspruch aufgehoben. Hinsichtlich des Freispruchs der Angeklagten Dr. M hat er es auf die Revision der Staatsanwaltschaft vollständig aufgehoben.

Nach den Feststellungen des Landgerichts sollte bei dem unter ständigen Schmerzen wegen stark kariöser Zähne leidenden Patienten, der sich aus Furcht jahrelang nicht hatte behandeln lassen, eine Zahnsanierung unter Vollnarkose stattfinden. Für die Durchführung der Betäubung, für die einschließlich Einleitungs- und Aufwachphase mit einer Dauer von acht Stunden gerechnet wurde, gewann die Angeklagte Dr. M den Angeklagten Dr. A. Dieser **klärte den Patienten nicht darüber auf**, dass seine **apparative Ausstattung** nicht den Mindestanforderungen der ärztlichen Leitlinien entsprach und diesen zuwider auch **kein begleitendes Personal** eingesetzt werden würde. Da sich der Umfang der morgens um 9:00 Uhr begonnenen Behandlung als größer erwies als gedacht, dauerte diese nach Ablauf der vorgesehenen Zeit weiter an. Gegen 17:30 Uhr stellte der Angeklagte Dr. A erstmals eine abfallende Sauerstoffsättigung und Pulsfrequenz des Patienten fest, dessen Werte sich bald weiter verschlechterten. Um 18:10 Uhr betätigte die Angeklagte Dr. M auf sein Geheiß den Notruf. Ein von den Sanitätern - erstmals - angeschlossenes EKG-Gerät zeigte eine Nulllinie an. Der Patient verstarb noch am Abend im Krankenhaus.

Der Tod beruhte auf der Narkose, während der es bedingt durch die Spontanatmung durch einen engen Beatmungstubus zu einem schweren Lungenödem gekommen war. Dem Angeklagten Dr. A war bewusst, dass seine Behandlung standardwidrig war und er hierüber nicht aufgeklärt hatte. Es war für ihn vorhersehbar, dass sich die typischen Risiken einer Vollnarkose erfüllen und zum Versterben des Patienten führen konnten. Er ging jedoch im Vertrauen in seine Fähigkeiten davon aus, dies vermeiden zu können. Die Angeklagte Dr. M. erkannte die Standardwidrigkeit nicht und vertraute darauf, dass der Angeklagte Dr. A die Anästhesie mit der gebotenen Sorgfalt ausführen werde.

Das **Landgericht** hat die Narkose durch den Angeklagten Dr. A als vorsätzliche Körperverletzung in Gestalt einer das Leben gefährdenden Behandlung (§ 223 Abs. 1, § 224 Abs. 1 Nr. 5 StGB) gewertet. Mangels ausreichender Aufklärung habe der Geschädigte in den Eingriff nicht wirksam eingewilligt. Es hat außerdem den für den Tatbestand der Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) erforderlichen Zusammenhang zwischen dem Grunddelikt der Körperverletzung und der Todesfolge darin gesehen, dass der Auftritt eines Lungenödems eine spezifische Gefahr einer Vollnarkose darstelle.

Die **Überprüfung des Urteils** auf die **Revision des Angeklagten Dr. A** hat im Schuldspruch keinen Rechtsfehler zu seinem Nachteil ergeben. Der **Strafausspruch unterlag dagegen der Aufhebung**, weil das Landgericht einen Verbotsirrtum (§ 17 StGB) des Angeklagten für möglich erachtet, jedoch die damit eröffnete Möglichkeit einer Strafmilderung nicht erörtert hat. Zudem hat der Angeklagte mit einer Verfahrensrüge erfolgreich geltend gemacht, dass die Frage, ob wegen einer möglichen rechtsstaatswidrigen Verzögerung eine Kompensation veranlasst sein könnte, nicht ausreichend geprüft wurde.

Auch den **Freispruch der Angeklagten Dr. M** hat der Senat **aufgehoben**. Bei seiner Wertung, dass sie auf eine ordnungsgemäße Durchführung der Anästhesie habe vertrauen dürfen, hat das Landgericht nicht erkennbar bedacht, dass die Narkose für eine außerordentlich lange Dauer geplant war und diese Planung zudem auf unsicherer Grundlage entstanden war, weil der Geschädigte eine vorherige

Untersuchung seiner Zähne nur eingeschränkt zugelassen hatte. Ferner hat das Landgericht nicht untersucht, ob die Angeklagte Dr. M nach Überschreitung der ursprünglich vorgesehenen Behandlungsdauer dem Gebot gegenseitiger Information und Koordination gegenüber dem Anästhesisten gerecht geworden ist.

Gegen beide Angeklagte, bei Dr. A nur hinsichtlich der Strafzumessung und der Kompensationsfrage, muss durch das Landgericht daher erneut verhandelt und entschieden werden.

<https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2025/2025158.html>

c) Untreue durch die Ausstellung sog. Luftrezepte

LG Leipzig, Urteil v. 24.06.2025 - 15 KLS 601 Js 72578117

RID 25-03-124

www.juris.de

StGB §§ 263, 266

Einem Arzt obliegt gegenüber der jeweiligen Krankenkasse eine **Vermögensbetreuungspflicht**, die ihm gebietet, Heilmittel nicht ohne jegliche medizinische Indikation in der Kenntnis zu verordnen, dass die verordneten Leistungen nicht erbracht, aber gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden. Diese Vermögensbetreuungspflicht wird durch die Ausstellung von **Luftrezepten** verletzt. Bereits mit Ausstellen der Heilmittelverordnung begründet ein Vertragsarzt eine Verpflichtung für das Vermögen der Krankenkasse, da er befugt ist, durch eine solche Verordnung den Anspruch des Patienten gegen seine Krankenkasse auf die Gewährung von Sachmitteln zu konkretisieren.

d) Suizid auf geschlossener Station eines Krankenhauses

OLG Hamm, Beschluss v. 03.04.2025 - 5 Ws 48/25

RID 25-03-125

www.juris.de

StGB § 222

Leitsatz: 1. Die absolute Voraussehbarkeit eines **Suizides** sowie eine lückenlose Überwachung und Sicherung ist auch auf einer **geschlossenen Station eines Krankenhauses** nicht möglich.

2. Die behandelnden Ärzte auf einer geschlossenen Station haben bei der **Abwägung von Sicherheitsmaßnahmen** (unter Berücksichtigung von Menschenwürde und allgemeiner Handlungsfreiheit) und der beabsichtigten Wiederherstellung der psychischen Gesundheit des Patienten einen situativen Beurteilungsspielraum.

e) Akteneinsicht eines Universitätsklinikums in staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten

BayObLG, Beschluss v. 25.06.2025 - 204 Vas 72/25

RID 25-03-126

www.juris.de

StPO §§ 474, 475 I; GG Art. 1 I, 2 I

Leitsatz: 1. Das **Universitätsklinikum** Würzburg ist als Anstalt des öffentlichen Rechts eine öffentliche Stelle im Sinne des § 474 Abs. 2 StPO.

2. Die **staatsanwaltliche Entscheidung, Auskünfte** zu erteilen oder **Akteneinsicht** zu gewähren, muss gemäß § 13 Abs. 2 Satz 1 EGGVG eine Abwägung der gegensätzlichen Interessen vornehmen.

3. Die staatsanwaltliche Entscheidung, anstelle der Erteilung von Auskünften gemäß § 474 Abs. 3 StPO **Akteneinsicht** zu gewähren, muss die tatsächliche Ausübung des der Staatsanwaltschaft zustehenden Ermessens erkennen lassen.

3. Berufspflichten

a) Abgabe ärztlicher Befundberichte auf Verlangen des Sozialgerichts keine Berufspflicht

OVG Berlin, Urteil v. 26.06.2025 - 90 H 1/21

RID 25-03-127

www.juris.de

HeilBKG Berlin §§ 26, 92

Leitsatz: 1. Die Berufspflicht aus § 25 Satz 2 der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin, Zeugnisse, zu deren Ausstellung Ärzte verpflichtet sind, innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben, ist nicht verletzt, wenn ein Arzt vom Sozialgericht angeforderte Befundberichte nicht abgibt. Die **Abgabe ärztlicher Befundberichte auf Verlangen des Sozialgerichts** kann mangels öffentlich-rechtlicher Rechtspflicht nicht durch die Ärztekammer als Berufsvergehen im Wege der Berufsaufsicht durch Ahndung erzwungen werden.

2. Das Sozialgericht kann den Arzt als **sachverständigen Zeugen laden** und ihm aufgeben, zum Vernehmungstermin alle den beteiligten Patienten betreffende Krankenunterlagen mitzubringen.

b) Nichtzahlung von Kammerbeiträgen

VG Bremen, Urteil v. 26.06.2025 - 10 K 1374/24

RID 25-03-128

www.juris.de

BremHeilBerG § 62 I; BO Psychotherapeutenkammer Bremen

Leitsatz: Nichtzahlung von Kammerbeiträgen und Nichtmitwirkung im Beitragsfestsetzungsverfahren und bei Verfahren der Berufsaufsicht, Verhängung einer berufsgerichtlichen Maßnahme.

4. Ärztlicher Notdienst

a) Befreiung vom ärztlichen Notdienst: Hinweis auf die Kostenpflicht

VG Köln, Urteil v. 30.04.2025 - 7 K 170/24

RID 25-03-129

www.juris.de

VwVfG § 35

Durch **Verwaltungsakt** auferlegt sind nur solche Verpflichtungen, die in dem - durch die Gründe gegebenenfalls auszulegenden - **Tenor**, enthalten sind. Verpflichtungen, die lediglich in der **Begründung** eines Verwaltungsakts als gegeben vorausgesetzt werden, sind nicht ihrerseits durch Verwaltungsakt auferlegt.

Wird in einer **Befreiung vom ärztlichen Notdienst** auf die Heranziehung zu den **Kosten** des ärztlichen Notdienstes dem Grunde nach hingewiesen, so ergeht bzgl. der Kosten kein Verwaltungsakt.

b) Umsatzsteuerfreiheit der vertretungsweisen Übernahme eines ärztlichen Notdienstes

BFH, Urteil v. 14.05.2025 - XI R 24/23

RID 25-03-130

www.juris.de

UStG §§ 1, 2, 4 Nr. 14 Buchst. a, 19

Leitsatz: Die **entgeltliche Übernahme ärztlicher Notfalldienste** durch einen Arzt (unter Freistellung des ursprünglich eingeteilten Arztes von sämtlichen Verpflichtungen im Zusammenhang mit diesem Dienst) ist unabhängig davon, wem gegenüber diese sonstige Leistung erbracht wird, als **Heilbehandlung** im Sinne des § 4 Nr. 14 Buchst. a des Umsatzsteuergesetzes **umsatzsteuerfrei**.

5. Werbung für Nahrungsergänzungsmittel: Nennung des medizinischen Doktorgrades

OLG Köln, Urteil v. 16.05.2025 - 6 U 29/25

RID 25-03-131

www.juris.de
UWG §§ 3a, 5

Leitsatz: Zur Unzulässigkeit der **Werbung** eines approbierten Mediziners, der **Nahrungsergänzungsmittel** vertreibt, für die von ihm angebotenen Produkte unter **Nennung seines medizinischen Doktorgrades**.

6. Verwaltungsgerichtliche Kontrolle eines Weiterbildungszeugnisses

VG Gießen, Urteil v. 04.12.2024 - 4 K 2465/22.GI

RID 25-03-132

www.juris.de
WBO § 9 I

Leitsatz: 1) Für Streitigkeiten, die Ansprüche aus einem berufsrechtlichen Weiterbildungsverhältnis zwischen dem Weiterzubildenden und dem weiterbildenden Arzt betreffen, ist der **Verwaltungsrechtsweg** eröffnet.

2) Die im Beamtenrecht bestehenden Grundsätze, wonach die verwaltungsgerichtliche Kontrolle einer dienstlichen Beurteilung auf die Überprüfung beschränkt ist, ob der Dienstherr gegen Verfahrensvorschriften verstoßen hat, von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen ist, die anzuwendenden Begriffe oder den gesetzlichen Rahmen verkannt, allgemein gültige Wertmaßstäbe nicht beachtet oder sachfremde Erwägungen angestellt hat, sind auch in Bezug auf die **verwaltungsgerichtliche Kontrolle eines Weiterbildungszeugnisses** nach § 9 Abs. 1 WBO zu beachten.

7. Sozialversicherungspflicht

a) Abhängige Beschäftigung oder Selbstständigkeit eines Vertragsarztes in einem MVZ

LSG Sachsen, Urteil v. 02.04.2025 - L 1 BA 17/22

RID 25-03-133

Revision anhängig: B 12 BA 6/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB VI § 7; SGB V § 95 I; Ärzte-ZV § 32 I 1

Leitsatz: Ein Arzt, der mit eigener Zulassung als **Vertragsarzt** in einem MVZ tätig ist und zugleich **Gesellschafter der das MVZ tragenden GmbH** ist, kann im Einzelfall auch dann **selbstständig** bzw. nicht abhängig beschäftigt im Sinne des § 7 Abs. 1 SGB IV sein, wenn er **nicht über mindestens 50 Prozent der Gesellschaftsanteile** verfügt und ihm ebenso wenig gesellschaftsrechtlich eine umfassende Sperrminorität eingeräumt ist.

b) Psychotherapeutische Entlastungsassistentin in selbstständiger Tätigkeit

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.04.2025 - L 9 BA 95/23

RID 25-03-134

Revision anhängig: B 12 BA 5/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB IV § 7a

Leitsatz: Bei der Beurteilung des sozialversicherungsrechtlichen Status einer als **Entlastungsassistentin** gemäß § 32 Abs. 2 **Ärzte-ZV** tätigen **psychologischen Psychotherapeutin**, die über keine vertragspsychotherapeutische Zulassung verfügt und ihre Leistungen mithilfe der entlasteten zugelassenen Psychotherapeutin abrechnet, spricht die **Einbindung** der Entlastungsassistentin in den vertragsarztrechtlichen Rechtsrahmen mit nicht unerheblichem Gewicht für eine abhängige Beschäftigung. Eine determinierende Wirkung folgt daraus jedoch nicht. Ist die zu beurteilende Tätigkeit ansonsten – insbesondere hinsichtlich der Organisation des anteilig

übernommenen Praxisbetriebs, der Patientenakquise, der Behandlungsplanung, der Verwendung eigener Arbeitsmaterialien und des Abschlusses eigener Behandlungsverträge mit Patienten – von **größtmöglicher Selbstbestimmung und Trennung der Praxisbetriebe** geprägt und tritt die Entlastungsassistentin werbend am Markt auf, liegen überwiegende **Indizien für eine selbständige Tätigkeit** vor.

8. Direktionsrecht: Keine Schwangerschaftsabbrüche in katholischem Krankenhaus

ArbG Hamm, Urteil v. 08.08.2025 - 2 Ca 182/25
BGB § 611

RID 25-03-135

Am 08.08.2025 hatte das Arbeitsgericht Hamm, Gerichtstag Lippstadt AZ 2 Ca 182/25 über einen Rechtsstreit zu entscheiden, in dem die Frage der rechtmäßigen Ausübung des arbeitgeberseitigen Direktionsrechts in Streit stand. Der Kläger ist seit über 10 Jahren als Chefarzt der Gynäkologie bei einem Krankenhaus beschäftigt, das zunächst in Trägerschaft der evangelischen Kirche stand. Im Dezember 2024 wurde das Krankenhaus im Rahmen eines Betriebsübergangs von einer katholischen Trägergesellschaft übernommen.

Diese erteilte im Januar 2025 eine Dienstanweisung, in der es unter anderem heißt:

- Schwangerschaftsabbrüche dürfen in der Klinik nicht durchgeführt werden
- Dieses Verbot gilt sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich
- Ausnahme bildet die Situation, dass Leib und Leben der Mutter bzw. des ungeborenen Kindes akut bedroht sind, und es keine medizinisch mögliche Alternative gibt, mit der das Leben des ungeborenen Kindes gerettet werden könnte. Diese Ausnahmen müssen begründend dokumentiert und der Geschäftsführung bekannt gegeben werden.

Seitens seines Arbeitgebers war dem Kläger zudem im Jahre 2012 eine Nebentätigkeitsgenehmigung erteilt worden, wonach er ambulante Behandlungen und Beratungen sowie ambulante Reproduktionsmedizin vornehmen und privatambulante Sprechstunden abhalten durfte.

Diese Nebentätigkeitsgenehmigung wurde seitens der Arbeitgeberin im Januar 2025 dahingehend konkretisiert, dass von der Erlaubnis zur Ausübung der Nebentätigkeit die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen weder derzeit noch zukünftig umfasst sein werde.

Der Kläger stellt die Wirksamkeit der Dienstanweisung sowie Konkretisierung der Nebentätigkeitsgenehmigung zur Überprüfung des Gerichts.

Die Kammer hat entschieden, dass das beklagte Krankenhaus berechtigt gewesen sei, im Rahmen des zustehenden Direktionsrechts diese Vorgaben zu machen und hat die Klage abgewiesen.

Das Klinikum sei im Rahmen des Direktionsrechts sowohl in Bezug auf die Tätigkeit im Klinikum als auch in Bezug auf die Tätigkeit im Rahmen der Nebentätigkeit in der Privatpraxis zu der entsprechenden Anweisung gem. Dienstanweisung aus Januar 2025 berechtigt gewesen.

Zur näheren Begründung wurde auf die noch abzusetzenden Urteilsgründe verwiesen

https://www.arbg-hamm.nrw.de/kontakt/Presse/Pressemitteilung-08_08_2025/index.php

9. BGH: Vermächtnis für behandelnden Arzt

BGH, Urteil v. 02.07.2025 - IV ZR 93/24
www.juris.de
BGB §§ 134, 2171

RID 25-03-136

Leitsatz: Ein **Vermächtnis**, das ein **Patient** dem ihn **behandelnden Arzt zuwendet**, ist nicht nach § 32 Abs. 1 Satz 1 der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (entspricht § 32 Abs. 1 Satz 1 der Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte) in Verbindung mit den §§ 134, 2171 Abs. 1 BGB unwirksam.

II. Arzthaftung

1. Behandlungsfehler

a) Fehlerhafte Behandlung aufgetretener Infektionen

OLG Brandenburg, Urteil v. 22.05.2025 - 12 U 192/23

RID 25-03-137

www.juris.de

BGB §§ 278, 280, 630a ff., 823, 831

Fragen der **Feststellung einer Infektion** und deren Behandlung gehören - anders als die allgemeine Krankenhaushygiene - zwanglos zu der Tätigkeit eines Arztes für Innere Medizin. Eines gesonderten infektiologischen Gutachtens bedarf es nicht.

Bezieht sich eine Klage auf angebliche **Hygienemängel**, so hat der Kläger den Nachweis für einen Hygienefehler bzw. für einen kausal auf einen Hygienefehler zurückzuführenden Gesundheitsschaden zu führen.

b) Unterlassen einer Antibiose bei der Mutter nach Geburt

OLG Brandenburg, Urteil v. 19.06.2025 - 12 U 97/24

RID 25-03-138

www.juris.de

SGB V §§249, 280, 823; SGB X §§ 116 ff.

Gelingt dem Patienten zwar der **Beweis eines Behandlungsfehlers** in der Form eines Diagnosefehlers oder eines Fehlers in der Befunderhebung, nicht aber der **Nachweis der Ursächlichkeit** dieses Fehlers für den geltend gemachten Gesundheitsschaden, kommen ihm Beweiserleichterungen nur dann zu Hilfe, wenn der objektive Fehler der Behandlungsseite entweder als grob zu werten ist, ein grober Fehler in der Befunderhebung vorliegt oder wenn die Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr wegen eines (lediglich einfachen) Fehlers bei der Befunderhebung oder der Befundssicherung gegeben sind, mithin sich bei Durchführung der versäumten Untersuchung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben hätte, dass sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion auf ihn als grob fehlerhaft darstellen müsste (BGH, Ur. v. 03.11.1998 - VI ZR 253/97 - Rn. 16). Das **Unterlassen einer Antibiose** bei der Mutter nach Geburt ist nicht als völlig unverständlich anzusehen.

c) Überwachung und Medikation eines akut suizidalen Patienten

LG Lüneburg, Urteil v. 04.09.2024 - 2 O 246/23

RID 25-03-139

Berufung anhängig: OLG Celle - 1 U 90/20 -

www.juris.de

BGB §§ 31, 249, 278, 280, 630a, 823, 831, 1922; ZPO §§ 3, 5

Auf der Grundlage der Behandlungsdokumentation sind im Hause der Bekl. zwar vorwerfbare Versäumnisse in Bezug auf die ärztlich angeordneten **Sichtkontrollen zur Bewahrung vor einer Selbstschädigung** und die Medikation festzustellen. Der ihnen obliegende Beweis dafür, dass diese Behandlungsfehler **kausal** zu dem für sie zweifelsohne tragischen Tod des Ehemannes bzw. Vaters geführt haben, ist den Kl. indessen nicht gelungen. Auch hinsichtlich der durch die Begutachtung aufgeworfenen Frage der Ausstattung des Patientenbadezimmers mit einem Duschschlauch ist im Ergebnis eine Verletzung der der Bekl. obliegenden (Verkehrs-)Sicherungspflichten bereits nicht festzustellen.

d) Zahnärztliche Behandlung

aa) Vorliegen einer objektiv unbrauchbaren zahnärztlichen Versorgung

OLG Köln, Urteil v. 03.02.2025 - 5 U 84/24

RID 25-03-140

www.juris.de

BGB §§ 280, 626

Leitsatz: Zur Frage, unter welchen Voraussetzungen eine **Nutzung** einer **objektiv unbrauchbaren zahnärztlichen Versorgung** vorliegt, die ein Interesse des Patienten an der Leistung des Zahnarztes begründet und zum Fortbestand des Honoraranspruchs führt.

bb) Voraussetzungen eines Nachbesserungsanspruchs

OLG Köln, Urteil v. 28.05.2025 - 5 U 109/24

RID 25-03-141

www.juris.de

SGB V § 136a IV 3; BGB §§ 253 I, 280 I, 630a, 823 I, 831 I

Eine - kostenfreie - Nachbesserung schuldet ein Zahnarzt nur bei einer Pflichtverletzung und einem Behandlungsfehler. Der zahnärztliche Behandlungsvertrag ist nach §§ 630a, 611 BGB ein **Dienstvertrag**, welcher nach der gesetzlichen Regelung keinen **Nachbesserungsanspruch** und keine Nachbesserungsverpflichtung begründet.

Die Vorschrift des § 136a Abs. 4 S. 3 SGB V, nach der der Zahnarzt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine **zweijährige Gewähr** übernimmt, betrifft nicht das Rechtsverhältnis zwischen Patienten und Zahnarzt, sondern dasjenige zwischen **gesetzlicher Krankenversicherung und Zahnarzt**.

Ein Zahnarzt darf den zahnärztlichen **Behandlungsvertrag**, der eine Vertrauensstellung und Dienste höherer Art zum Gegenstand hat, nach § 627 BGB grundsätzlich jederzeit **fristlos kündigen**. Eine Kündigung zur Unzeit setzt voraus, dass die Patientin keinen sie nachbehandelnden Zahnarzt findet.

cc) Beweislast bei fehlenden Beweismitteln

OLG Köln, Beschluss v. 13.05.2025 - 5 U 129/24

RID 25-03-142

www.juris.de

ZPO § 286

Ein Kl. muss den **positiven Beweis** für das Vorhandensein eines Behandlungsfehlers erbringen, § 286 ZPO. Gelingt ihm das nicht, weil der **Sachverständige** zur Okklusion bei der Untersuchung des Kl. keine Feststellungen mehr treffen konnte, die beigezogenen Behandlungsunterlagen keine hinreichend sicheren Rückschlüsse zulassen und erhebliche **Beweismittel** nicht vorhanden sind, so geht dies zu seinen Lasten.

Eine **Vernehmung von nachbehandelnden** - genauso von vorbehandelnden - **Ärzten** kann daher nur erforderlich sein, wenn eine Unvollständigkeit oder Fehlerhaftigkeit ihrer vorgelegten oder beigezogenen, vom Sachverständigen berücksichtigten Behandlungsdokumentation hinsichtlich einer entscheidungserheblichen Tatsache, etwa eines erhobenen Befundes oder einer durchgeführten therapeutischen Maßnahme, konkret behauptet wird (vgl. bereits OLG Köln, Hinweisbeschl. v. 10.04.2025 - 5 U 129/24 - juris Rn. 11).

dd) Keine Befragung des Nebenbehandlers

LG Köln, Urteil v. 06.11.2024 - 3 O 177/22

RID 25-03-143

www.juris.de

BGB §§ 611a ff., 823

Eine **Befragung des Nebenbehandlers** zum genauen **Zustand des Zahnersatzes vor der Neuversorgung** ist nicht veranlasst, da der Nebenbehandler lediglich seine Bewertung der von ihm vorgefundenen bzw. erhobenen Befunde und seine Einschätzung in Bezug auf die umstrittene Behandlung abgeben kann. Die medizinisch-sachverständige Bewertung der Befunde und Begutachtung der Behandlung sind jedoch dem vom Gericht bestellten Sachverständigen vorbehalten (vgl. OLG Köln,

Beschl. v 11.08.2014 - I-5 U 11/14 - juris). Eine Vernehmung als **sachverständiger Zeuge** kann allenfalls in Fällen in Betracht gezogen werden, in denen es um die Feststellung eines tatsächlichen Befundes geht, der im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens sonst nicht mehr abgeklärt werden könnte. Ein solcher Fall ist jedoch nicht gegeben, wenn die maßgeblichen Feststellungen sich bereits aus den jeweiligen Behandlungsdokumentationen ergeben und ergänzende Tatsachen bei einer Zeugenvernehmung nicht zu erwarten sind (vgl. OLG Köln, Beschl. v. 01.12.2011 - I-5 U 167/11 - juris).

2. Vertragsverhältnis bei Behandlung durch Durchgangsarzt als angestellter Arzt eines Krankenhauses

OLG Köln, Beschluss v. 29.07.2025 - 5 W 16/25

RID 25-03-144

www.juris.de

SGB VII § 34

Leitsatz: Ordnet der **Durchgangsarzt** die besondere Heilbehandlung an und übernimmt er diese, so kommt, jedenfalls soweit es um ambulante besondere Heilbehandlungen geht, ein **privatrechtliches Behandlungsverhältnis** zwischen ihm und dem Patienten zustande.

Wird die angeordnete besondere Heilbehandlung stationär in dem **Krankenhaus** durchgeführt, in dem der **Durchgangsarzt als angestellter Arzt** tätig ist, kommen rechtlich ein **Vertragsverhältnis** zwischen dem Patienten und dem Krankenhausträger und - zusätzlich - ein Vertragsverhältnis zwischen dem Patienten und dem Durchgangsarzt in Betracht, weil durch dessen besondere Expertise die Qualität der besonderen Heilbehandlung sichergestellt werden soll und er deshalb nach den Umständen eine besondere persönliche Verantwortung hierfür übernimmt. Im **Prozesskostenhilfverfahren** kann die vorstehende, noch ungeklärte Rechtsfrage nicht zu Lasten des Patienten entschieden werden.

Im Rahmen eines zwischen dem Patienten und dem Durchgangsarzt bestehenden privatrechtlichen Behandlungsverhältnisses hat der Durchgangsarzt für **Behandlungsfehler eines anderen Arztes** einzustehen, der für ihn als Vertreter oder Erfüllungsgehilfe tätig wird.

3. Aufklärung

a) Aufklärung hinsichtlich der Umstellung der Medikation

OLG Dresden, Urteil v. 17.06.2025 - 4 U 106/25

RID 25-03-145

www.juris.de

BGB § 630e; AMG § 24b; ZPO §§ 141, 156

Leitsatz: 1. Die im Zusammenhang mit der **Verschreibung** eines aggressiven oder mit schwerwiegenden Nebenwirkungen verbundenen **Medikaments** gebotene mündliche **Aufklärung** des Patienten kann nicht durch einen Hinweis auf die Gebrauchsinformation des Herstellers ersetzt werden, darf sich aber regelmäßig auf die dort beschriebenen Nebenwirkungen beschränken.

2. Leistet der Patient der **Anordnung seines persönlichen Erscheinens zu einem Termin**, in dem ihm Gelegenheit gegeben werden soll, den Behauptungen der Arztseite zum Inhalt eines Aufklärungsgesprächs entgegenzutreten, ohne Angabe von Gründen keine Folge, kann das Gericht seine **Beweiswürdigung** allein auf der Grundlage der Anhörung des Arztes treffen; der erneuten Ladung des Patienten bedarf es nicht.

3. Ist von einer ausreichenden **Aufklärung** des Patienten über die mit dem Einsatz eines Medikaments verbundenen Risiken auszugehen, bedarf dessen **Ersetzung durch ein Biosimilar** keiner erneuten Aufklärung.

b) Aufklärung über Biopsie bei durchgeführter Arthrotomie

OLG Dresden, Beschluss v. 17.06.2025 - 4 U 121/25

RID 25-03-146

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.

Leitsatz: Bei einem nur mit einem geringen Risiko verbundenen Eingriff ist der Patient durch den Hinweis auf eine „im Großen und Ganzen“ aufgeklärt, wenn letztere nicht mehr eigens angesprochen wird.

4. Hinterbliebenengeld nach Suizid

OLG Frankfurt a.M., Beschluss v. 22.04.2025 - 17 W 17/24

RID 25-03-147

www.juris.de

BGB §§ 823 I, 844 III; ZPO §§ 114, 286

Leitsatz: Die (eingeschränkte) **Darlegungslast in Arzthaftungsprozessen** gilt auch für den Dritten, der einen Anspruch auf **Hinterbliebenengeld** verlangt.

5. Amtshaftung

a) Amtshaftung der behandelnden Ärzte nach Unterbringungsbeschluss

OLG Köln, Beschluss v. 31.03.2025 - 5 U 106/24

RID 25-03-148

www.juris.de

BGB §§ 823, 839; GG Art. 34

Leitsatz: Im Falle einer Unterbringung und Behandlung nach PsychKG (nordrhein-westfälisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten) richten sich mögliche **Ersatzansprüche** des Untergebrachten und Patienten nicht gegen die behandelnden Ärzte und die - privatrechtlich organisierte - Klinik, da sie in Ausübung eines öffentlichen Amtes tätig werden.

b) Verjährungsbeginn nach Rechtsmittel gegen medizinische Zwangsmaßnahme

OLG Dresden, Beschluss v. 28.07.2025 - 4 U 580/25

RID 25-03-149

www.juris.de

BGB §§ 199, 839

Leitsatz: 1. Ergreift der Patient gegen eine **medizinische Zwangsmaßnahme Rechtsmittel**, lässt dies auch für den wegen dieser Maßnahme geltend gemachten Schadensersatzanspruch den Rückschluss auf eine den **Verjährungsbeginn** auslösende Kenntnis von der Rechtswidrigkeit der Maßnahme zu; auf die zutreffende rechtliche oder medizinische Bewertung kommt es nicht an.

2. **Verfahrenspfleger** sind Wissensvertreter, deren Kenntnis dem Vertretenen zugerechnet wird.

3. **Beschlüsse des Betreuungsgerichts**, die eine zwangsweise Unterbringung genehmigen, stellen keine Urteile in einer Rechtssache im Sinne des § 839 Abs. 2 BGB dar, sind vom ausführenden Amtsträger aber lediglich einer eingeschränkten Vertretbarkeitskontrolle zu unterziehen.

6. Erfolgsaussicht für einen Prozesskostenhilfeantrag

OLG Dresden, Beschluss v. 16.06.2025 - 4 W 220/25

RID 25-03-150

www.juris.de

ZPO § 114; BGB §§ 630a ff.

Leitsatz: 1. Die hinreichende **Erfolgsaussicht für einen Prozesskostenhilfeantrag** in einer Arzthaftungssache ist bereits dann gegeben, wenn sein Vortrag die **Vermutung eines fehlerhaften Verhaltens des Arztes** aufgrund der Folgen für den Patienten gestattet. Die erfordert aber jedenfalls eine Beschreibung, worin der Behandlungsfehler liegen könnte.

2. Wird in dem Entwurf der Klageschrift die Behauptung erhoben, Ursache für eine fehlgeschlagene **Operation** sei deren **„fehlerhafte Durchführung in Verbindung mit einem mangelhaften Material“**, kann dies zur Darlegung eines Behandlungsfehlers bereits ausreichen.

7. Sachverständiger: Allgemeine, nicht auf eine der Verfahrensbeteiligten bezogene Äußerung

OLG Dresden, Beschluss v. 17.07.2025 - 4 W 466/25

RID 25-03-151

www.juris.de
ZPO § 406

Leitsatz: Die in einem Gutachten enthaltene Feststellung eines Sachverständigen, in der Medizin werde mit Implantationen „sehr viel Geld verdient“ und die Indikation für solche Eingriffe werde „oft aus dem Handgelenk heraus erstellt“, begründet den **Anschein der Befangenheit** dann **nicht**, wenn aus dem Gesamtkontext des Gutachtens deutlich wird, dass es sich hierbei lediglich um **eine allgemeine, nicht auf eine der Verfahrensbeteiligten bezogene Äußerung** handelt.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 01.09.2025. 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				
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
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
BAG: Prüfung allein der Leistungen eines einzelnen Mitglieds	B 6 KA 4/25 R 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 7/22 - - L 4 KA 8/22 -	24-04-9 25-03-4 NZZ
Statistischer Kostenvergleich: Null- oder Nichtabrechner	B 6 KA 7/25 R	Dürfen Ärzte, die eine Leistung nicht abgerechnet haben (sogenannte Null- oder Nichtabrechner), in der Vergleichsgruppe bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten Berücksichtigung finden und gegebenenfalls bis zu welcher Obergrenze?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 29.11.2023 - L 3 KA 85/17 -	25-03-11
Wirkstoffvereinbarung	B 6 KA 6/25 R	Ist eine von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung auf Landesebene zur Umsetzung der Vorgaben aus der Arzneimittelvereinbarung geschlossene Wirkstoffvereinbarung nach § 106b SGB V in Verbindung mit § 84 Absatz 1 SGB V rechtswidrig, weil dort der Wirkstoff Propiverin nicht als sogenannte Leitsubstanz im Bereich der urologischen Spasmolytika klassifiziert worden ist?	LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024 - L 12 KA 36/23 -	
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
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: 01.09.2025. 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				
Erhöhung des Festzuschusses: Unterbrechung der jährlichen Untersuchung	B 1 KR 8/25 R	Ist eine einmalige Unterbrechung der jährlichen zahnärztlichen Untersuchung auch dann unschädlich für die Erhöhung des Festzuschusses auf 75 v H nach § 55 Abs 1 S 7 SGB 5, wenn sie innerhalb des in § 55 Abs 1 S 4 SGB 5 genannten Fünfjahreszeitraums liegt?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.02.2025 - L 5 KR 141/24 -	25-02-39
Kostenerstattung				
Stationäre Behandlung				
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
Hilfsmittel/Heilmittel				
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 Erwachsene	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
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
Fahrkosten				
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	25-02-78

			- L 4 KR 18/21 -	
Stationäre Aufnahme auf Intensivstation und Versterben innerhalb weniger Minuten	B 1 KR 34/24 R	Liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn eine zuvor durch den Rettungsdienst begonnene Reanimation auf der Intensivstation des Krankenhauses unter Einsatz der dortigen Diagnostik für wenige Minuten fortgeführt und dann der Tod des Versicherten festgestellt wird.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.03.2024 - L 4 KR 1217/22 -	24-02-35
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 krankenhausesindividuellen 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 NZZ
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 KHEntgG zulässig ist (NUB-2-Status), vom Krankenhaus gesondert abrechenbar oder bereits mit den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 Absatz 1 KHEntgG abgegolten?	LSG Thüringen , Urt. v. 11.04.2024 - L 2 KR 683/21 -	25-02-82
Änderung des Prüfverfahrens/6-Wochen-Frist/Präklusion	B 1 KR 13/25 R	Muss der Wechsel des Prüfverfahrens von einer Vor-Ort-Prüfung zur Prüfung nach Aktenlage innerhalb der 6-Wochen-Frist des § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V aF erfolgen? Zur Präklusion nicht vorgelegter Unterlagen nach § 7 Absatz 2 PrüfV 2016.	LSG Hessen , Urt. v. 03.04.2025 - L 8 KR 221/23 -	25-03-70
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
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
Verjährung einer Vergütungsforderung	B 1 KR 14/25 R	Zur Verjährung einer 2018 entstandenen Vergütungsforderung für eine Krankenhausbehandlung, welche die Krankenkasse zunächst unter Vorbehalt beglichen und im Juni 2019 (teilweise) gegen einen unstreitigen Vergütungsanspruch aufgerechnet hat.	SG Halle , Urt. v. 07.05.2025 - S 22 KR 352/22 -	
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 NZZ

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
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
Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit	B 1 KR 16/25 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. 13.11.2024 - L 4 KR 237/23 -	25-03-79 NZB
GBA: Zentrums-Regelungen	B 1 KR 4/24 R	Verstößt § 1 Absatz 1 Buchstabe b der Anlage 4 der Zentrums-Regelungen, soweit danach ein Rheumatologisches Zentrum neben einer organisatorisch eigenständigen Fachabteilung für Rheumatologie zusätzlich drei Fachabteilungen aus den Bereichen Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gastroenterologie oder Augenheilkunde an seinem Standort vorhalten muss, gegen höherrangiges Recht?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 22.11.2023 - L 16 KR 426/20 KL -	24-01-95
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

Abrechnung der Betäubungsmittelgebühr beim Sichtbezug in der Apotheke	B 3 KR 8/25 R	Kann eine Apotheke die Gebühr aus § 7 AMPPreisV im Fall der sogenannten Sichtvergabe eines Substitutionsmittels für jedes tatsächliche Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch in der Apotheke geltend machen oder nur einmal pro Verordnung?	LSG Bayern , Urt. v. 11.03.2025 - L 5 KR 294/22 -	25-02-110
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
Festzuschüsse auf Rezepturarztneimittel: Einkaufspreis der üblichen Abpackung	B 3 KR 4/24 R	Zur Auslegung des § 5 Absatz 2 AMPPreisV hinsichtlich der Frage, ob bei der Berechnung der Festzuschüsse auf Rezepturarztneimittel vom Einkaufspreis der üblichen Abpackung eines verwendeten Stoffes beziehungsweise der erforderlichen Packungsgröße	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 17.01.2024 - L 10 KR 701/22 -	24-02-63

		verwendeter Fertigarzneimittel auszugehen ist, selbst wenn bei der Zubereitung des Rezepturarzneimittels der Inhalt der üblichen Abpackung beziehungsweise Packungsgröße nicht vollständig verbraucht wird.		
Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis bei mehreren Funktionen (Motorbewegungsschiene)	B 3 KR 17/23 R	Setzt die Aufnahme eines medizinischen Hilfsmittels im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V in das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V voraus, dass der medizinische Nutzen hinsichtlich sämtlicher auf dem Markt angebotener und beworbener Funktionen nachgewiesen ist, so dass das Hilfsmittel nur insgesamt und nicht bezogen auf einzelne Funktionen eintragungsfähig ist?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 22.11.2023 - L 16 KR 111/19 -	24-01-101
Begründung eines Schiedsspruches (Physiotherapie) bis zur letzten mündlichen Verhandlung	B 3 KR 9/24 R	Zur Auslegung des § 125 Absatz 5 SGB V hinsichtlich des Gestaltungsspielraums, der Frist sowie der inhaltlichen und formellen Anforderungen an die Begründung eines Schiedsspruchs.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 19.04.2024 - L 1 KR 9/23 KL -	24-03-112
Ausgleich pandemiebedingter finanzieller Belastungen an Heilmittelerbringer	B 3 KR 12/24 R 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 NZZ 25-01-93 NZZ 25-03-102 NZZ
Rechtsschutz bei Streit über Vertragspartnerschaft über die Versorgung mit Hebammenhilfe	B 3 KR 5/25 R	Ist angesichts des § 134a Absatz 3 und 4 SGB V das Schiedsstellenverfahren vorrangig gegenüber gerichtlichem Rechtsschutz beim Streit über den Vertragspartnerstatus?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 23.01.2025 - L 9 KR 94/23 -	25-02-114
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

Heranziehung von Finanzreserven zum Gesundheitsfonds	B 1 KR 11/25 R	1. Zur Rechtmäßigkeit der anteiligen Heranziehung von Finanzreserven einer Krankenkasse im Jahr 2021 zum Gesundheitsfonds und zur Berechnung des Zuführungsbetrages bei einer späteren Umbuchung von Vermögenswerten. 2. Zur Vereinbarkeit der Ermächtigungsgrundlage des § 272 SGB V mit Verfassungsrecht.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 03.04.2025 - L 5 KR 308/21 KL -	25-03-105
--	----------------	--	--	-----------

GBA

Sonstiges