

Rechtsprechungsinformationsdienst 25-04

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Regelleistungsvolumen (RLV)/Qualifikationsbezogenes Zusatzvolumen (QZV)	6
a) Regelleistungsvolumen: Unterdurchschnittlich abrechnende Praxis	6
b) Fachärzte für diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin: Mamma-Sonographie ohne QZV	6
2. Abfall der Auszahlungsquote (Humangenetik)	7
3. Laborbudget: Erwerb eines neuen Laboranalysegeräts durch Nichtlaborärzte	7
4. Kein Anspruch auf Verzinsung rückständiger Honorarzahleungen	8
II. Genehmigung/Disziplinarrecht	8
1. Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie: Teilnahme an Kolloquium	8
2. Disziplinarrecht: Rückvergütungen für Übersendung von Proben an Laborarzt	9
III. Sachlich-rechnerische Berichtigung	9
1. Honorar Neuberechnung wegen unplausibler Profilzeiten: Durchschnittliches Minutenhonorar	9
2. GOP 35591 EBM (Zuschläge für Kurzzeittherapie) für ermächtigte Ärzte	10
3. Unvollständige Übermittlung des Antrags einer Krankenkasse im elektronischen Datenaustausch	10
4. Anspruch einer Krankenkasse auf Erstattung von Teilen der Gesamtvergütung	10
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	11
1. Wirkstoffvereinbarung: Urologische Spasmolytika (Wirkstoff Propiverin)	12
2. Prüfung der Hochschulambulanzen: Alleinige Zuständigkeit der Krankenkassen	12
V. Zulassungsrecht	12
1. Anstellungsgenehmigung	13
a) Anstellung eines Arztes mit weiteren Beschäftigungsverhältnissen	13
b) Umwandlung einer vakanten Arztstelle: Antragsfrist	14
c) Keine Umwandlung einer Arztstelle nach erfolgloser Nachbesetzung	15
d) Anordnung der sofortigen Vollziehung: Versorgungsvorteil für Patienten des Ast.	16
2. Ende der Zulassung wegen Nichtaufnahme der vertragsärztlichen Versorgung	16
3. Zulassungsentziehung	17
a) Langjährige Abrechnungsverstöße	17
b) Fehlende Eignung wegen Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse	17
4. Zulässigkeit eines Widerspruchs erst ab Bekanntgabe des Verwaltungsakts	18
VI. EHV KV Hessen	19
1. Heranziehung zur EHV/Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)	19
VII. Bundessozialgericht (BSG)	20
1. Psychotherapeutische Leistungen: Strukturzuschläge	20
2. Frist für die Einreichung der Quartalsabrechnung: Notfallbehandlungen durch Nichtvertragsarzt	20
3. BVerfG: Sachlich-rechnerische Richtigstellung/Dokumentationspflichten des Vertragsarztes	20
4. Plausibilitätsprüfung: Häftiger Versorgungsauftrag in BAG/Neufassung der Prüfzeiten und Altquartale	21
5. Ermächtigung einer Psychotherapie-Ausbildungsstätte	22
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	23
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	23
1. Tumor Treating Fields (TTF)-Therapie bei Glioblastom (Neue Behandlungsmethode)	23
2. Kryokonservierung	23
a) Sachleistung erst nach Abrechnungsmöglichkeit durch Leistungserbringer	23
b) Anspruch auf Kryokonservierung erst ab 01.07.2021	23
II. Stationäre Behandlung	24

1. Tiefe Hirnstimulation bei schwerer Depression im Rahmen einer stationären Behandlung	24
2. Abdominoplastik nach Gewichtsverlust	24
III. Kostenerstattung	24
1. Kein Recht auf Selbstbeschaffung nach bindender Entscheidung über Leistungsanspruch	25
2. Aktive Suche nach Privatpsychotherapieplatz erforderlich	25
3. Stationäre Behandlung im nordzyprriotischen Landesteil Zyperns	25
IV. Arzneimittel	26
1. Lifestyle-Arzneimittel	26
a) Lifestyle-Medikament zur Behandlung von Übergewicht (Mounjaro)	26
b) Haarwuchsmittel bei Autoimmunerkrankung	26
c) Arzneimittel Litfulo (Wirkstoff Ritlecitinib) für Behandlung von Haarausfall	26
d) Arzneimittel Olumiant® zur Verbesserung des Haarwuchses	26
e) Tadalafil zur Behandlung der erektilen Dysfunktion	27
2. Behandlung mit Pegcetacoplan im Vorfeld einer Nierentransplantation	27
3. Sperrwirkung des Arzneimittelrechts im vorläufigen Rechtsschutzverfahren (Avastin)	27
4. Ersatz eines zuzahlungsfreien durch ein rabattiertes zuzahlungspflichtiges Arzneimittel	28
V. Hilfsmittel	28
1. Sitzschale mit Untergestell für Besuch einer Kindertageseinrichtung	29
2. Ganzkörperanzug „Exopulse Mollii Suit“: Neue Behandlungsmethode	29
3. Kein individueller Anspruch auf Pflegebett in Einrichtung der Eingliederungshilfe	29
4. Hörgeräteversorgung	30
a) Nicht durch Messerergebnisse objektivierbare Gebrauchsvorteile	30
b) Verbesserung im gesamten Alltagsleben	30
VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten	30
1. Häusliche Krankenpflege	31
a) Pflege durch die Eltern	31
b) Schulbegleitung bei schlecht beherrschbarer Diabeteserkrankung	31
2. Erstattung von Fahrtkosten bis zum neu begründeten Wohnsitz in einem Pflegeheim	31
VII. Angelegenheiten der Krankenhäuser	31
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	34
a) Vollstationäre statt ambulante Behandlung: AOP-Katalog	34
aa) Begründung der Erforderlichkeit	34
bb) Katalog ambulant durchführbarer Operationen: Fallindividuelle Begründung	34
cc) Ausreichende Begründung für stationäre Erbringung einer AOP-Leistung	35
b) Reduzierung der Behandlungsdauer nicht erlösrelevant	35
c) Nichtbeachtung von Dokumentationsanforderungen zur Qualitätssicherung	35
d) Versorgung mit dem Medizinprodukt VasQ-Device (externes Stabilisierungsgerüst)	35
e) Verjährung einer Restforderung aus einer Krankenhausbehandlung im November 2018	36
2. Prüfvereinbarung	36
a) Nachforderungen eines Krankenhauses ohne weiteres Prüfverfahren	36
b) Vorgeschaltetes Erörterungsverfahren	36
c) Ausschluss erst im Klageverfahren vorgelegter Unterlagen	37
d) Präklusion einer hilfsweise geltend gemachten Nebendiagnose	37
e) Einleitung eines Prüfverfahrens zur Frage der Kodierbarkeit eines Zusatz-Entgeltes	37
3. Fallpauschalen	37
a) Herausnahme der Einrichtungen für Schwerbrandverletzte aus pauschalierendem Entgeltsystem	37
b) Ausschluss der geltend gemachten Hauptdiagnose bei nicht abschließend geklärter Alternative	38
c) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung	38
aa) Basisprozedur: Mindestmerkmal „täglich mindestens eine Visite“	38
bb) Verfügbarkeit von Physiotherapieleistungen	38
d) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Benennung der Vertreter der Berufsgruppen	39
e) Begriff „Revision“ (Revision eines vaskulären Implantats)	39
f) Kodierung des akuten prärenalen Nierenversagens	39
g) Operationen am Zwerchfell: Inzision (Zwerchfellspaltung)	39
h) Plausibilität einer Kodierung der Diagnosen „Mangelernährung“ und „Kachexie“	39
i) Beatmungstunden: Intermittierende Einsatz einer BIPAP-Therapie	40
j) Zeit eines intraoperativen neurophysiologischen Monitorings	40
k) Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation (ZE 126)	40
4. Mindestmengenregelung	40
a) Erforderlichkeit einer Anhörung	40
b) Anhörung/Zusammenfassender Bescheid	41
c) Klage eines konkurrierenden Krankenhauses gegen die Ausnahmegenehmigung	41

d) Rechtsweg: Streitigkeiten über Entscheidungen nach § 136b Abs. 5a S. 2 SGB V	41
5. Vorläufige Erteilung einer Bescheinigung des MDK über Einhaltung von OPS-Strukturmerkmalen	42
6. Aufwandspauschale: Verstoß gegen die Informationspflichten/Einschaltung des MDK	42
VIII. Beziehung zu Leistungserbringern	42
1. Apotheken	43
a) Retaxierung	43
aa) Abgabe eines nicht rabattierten Medikaments auf Wunsch der Versicherten	43
bb) Keine Substitution durch Rabattpräparate nach Ankreuzen des aut-idem-Feldes	43
b) Schiedsspruch: Apothekenzuschläge für parenterale Lösungen	44
2. Unbilligkeit eines Schiedsspruchs (außerklinischen Intensivpflege): Fehlende Kostenplausibilisierung	44
IX. Beziehungen zu Krankenkassen	45
1. Ruhen des Leistungsanspruchs nur nach Hinweis auf Umfang der Einschränkung	45
2. Anteilige Einnahme des Arzneimittels während späterer Rehabilitationsmaßnahme	45
X. Verfahrensrecht/Streitwert	46
1. Bedenken hinsichtlich der Prozessfähigkeit: Vertreterbestellung	46
2. Zum Streit- und Gegenstandswert bei einem unechten Hilfsantrag	46
XI. Bundessozialgericht (BSG)	47
1. Hilfsmittelversorgung	47
a) Propriozeptive Einlagen: Hilfsmittel zur medizinisch-therapeutischen Behandlung	47
b) Hörgeräte: Hörzugewinn im Freiburger Einsilbertest und erheblicher Gebrauchsvorteil	47
2. Krankenhausvergütung	47
a) Nichterfüllung von Anforderungen einer Qualitätssicherungsrichtlinie	47
b) Abschlag bei kürzerer Verweildauer als die untere Grenzverweildauer	48
c) Frist zur Mitteilung der abschließenden Entscheidung: Materielle Präklusion	48
3. Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nur mit Zustimmung	48
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	49
I. Ärztliches Berufsrecht	49
1. Approbation/Berufserlaubnis	49
a) Gleichwertigkeitsprüfung: Zahnmed. Studium im Jemen bei Nichtbestehen einer Kenntnisprüfung	49
b) Ärztliche Approbation in Syrien	49
c) Anmeldung zur ärztlichen Fachsprachprüfung/Feststellung abgeschlossener ärztlicher Ausbildung	49
d) EuGH: Drittstaatsangehörige/Erteilung einer Approbation in Mitgliedstaat des Ehemanns	50
e) Vorabentscheidungsersuchen: Anerkennung eines med. Ausbildungsnachweises eines Drittstaates	50
2. Strafrecht	50
a) Bundesgerichtshof (BGH)	50
aa) Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB)	50
bb) Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse nach Ruhen der Approbation	51
b) Keine ordnungsgemäß aufbereiteten medizinischen Geräte in Zahnarztpraxis	51
3. Berufspflichten	51
a) Feststellung der Unwürdigkeit zur Berufsausübung: Unangemessene Rechnungsstellung	51
b) Zugriff auf Vermögenswerte nach Beendigung der Psychotherapie	52
c) Berufswidrige Werbung/Außerberufliches Verhalten (Ablehnung von Corona-Maßnahmen)	52
d) Kollegiale Verhaltenspflicht: Beleidigungen unter vier Augen	52
e) Beschwerde gegen die Nichteröffnung des Hauptverfahrens vor dem Heilberufsgericht	53
f) Unstatthafte Beschwerde im heilberufsgerichtlichen Rügeverfahren	53
g) Kostentragung bei Berufungsrücknahme des Beschuldigten im heilberufsgerichtlichen Verfahren	53
h) Kein drittschützendes Berufsaufsichtsrecht	54
4. Sozialversicherungspflicht	54
a) Abhängige Beschäftigung eines Honorararztes in einem MVZ	54
b) Palliativärztliche Tätigkeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)	54
5. Arbeitnehmereigenschaft eines Krankheitsvertreters in zahnärztlicher Praxis	55
6. BVerwG: Anerkennungsvoraussetzung einer Fortbildungsmaßnahme/Mitwirkungsobliegenheit	55
7. EuGH: Telemedizin/Geltung des Rechts des Herkunftslandes des Leistungserbringers	55
8. BVerfG: Triage bei unzureichenden intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten	56
II. Arzthaftung	56
1. Bundesgerichtshof (BGH)	56
a) Haftung niedergelassener Ärzte für einen Impfschaden durch die Corona-Schutzimpfung	56
b) Anfechtbarkeit trotz einer Unterbrechung ergangener gerichtlichen Entscheidung	56
2. Behandlungsfehler	57
a) Abweichung der Behandlung von der Heilmittelrichtlinie	57

b) Fehlerhafte Reizstrombehandlung: Abgrenzung Primär- und Sekundärschaden	57
c) Fehlende Reaktion auf pathologisch gewordenes CTG	57
d) Notwendigkeit der vorgeburtlichen Verlegung einer Schwangeren in Klinik der Maximalversorgung	58
e) Hüft-TEP: Entfernung von infolge eines Behandlungsfehlers ausgehärtetem Zement	58
f) Übersehen einer Radiusköpfchen-Luxation als Diagnoseirrtum	58
g) Unvollständige kardiale Diagnostik	58
h) Vorwerfbar unterbliebene Diagnose einer Sinusvenenthrombose	59
i) Typische Schmerzen nach Koloskopie und Schmerzensgeld	59
j) Adipositaschirurgische Operation	59
3. Aufklärung	59
a) Aufklärungsverzicht gegenüber nichtärztlichem Mitarbeiter möglich	59
b) Unzutreffende Darstellung des Risikospektrums	60
c) Kein zu erwartendes Schadensbild bei bestimmungsgemäßer Anwendung	60
4. Selbständiges Beweisverfahren	60
a) Mindestmaß an Substantiierung erforderlich	60
b) Beendigung des Beweisverfahrens nach Ablauf einer Stellungnahmefrist	60
5. Erneute Beweisaufnahme im Berufungsverfahren und abweichendes Privatgutachten	61
6. Sachverständige	61
a) Ablehnungsgesuch: Einmalige Behandlung einer Partei	61
b) Provokation eines Ablehnungsgrundes durch Parteivertreter	61
c) Befangenheitsantrag im selbständigen Beweisverfahren	61
7. Streitwertbemessung eines Feststellungsantrags für Zukunftsschäden	61
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	62
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	63

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

e-mail: pawlita@web.de;

Telefon: 0641/201 776;

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar:

www.dg-kassenarztrecht.de.

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Sachgebiete „Vertragsarztangelegenheiten“ und „Krankenversicherung“ (Leistungsrecht) und die Datenbank www.juris.de wird hinsichtlich der Stichworte „Arzt“, „Psychotherapeut“, „Krankenhaus“ und „Krankenkasse“ ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 16.11.2025 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

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 Genehmigungspflichtigkeit als Differenzierungskriterium bereits mit Wirkung zum 01.04.2017 generell aufgegeben hätte.

1. Regelleistungsvolumen (RLV)/Qualifikationsbezogenes Zusatzvolumen (QZV)

a) Regelleistungsvolumen: Unterdurchschnittlich abrechnende Praxis

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.07.2025 - L 7 KA 8/23

RID 25-04-1

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Leitsatz: 1. Der Anspruch einer **unterdurchschnittlich abrechnenden Praxis**, binnen fünf Jahren den Fachgruppendurchschnitt erreichen zu können, wird durch eine Regelung im Honorarverteilungsmaßstab einer Kassenärztlichen Vereinigung, dass Fallzahlerhöhungen erst im Folgejahr zu einer Höherbemessung des Regelleistungsvolumens führen (sog. **einjähriges Moratorium**), nicht rechtswidrig beeinträchtigt.

2. Setzt eine im Honorarverteilungsmaßstab vorgesehene Ausnahme vom einjährigen Moratorium voraus, dass die Fallzahl „aufgrund“ der **Aufgabe einer Zulassung eines Arztes in der näheren Umgebung** der Arztpraxis gestiegen ist, muss sich der Zusammenhang zwischen der Aufgabe und dem Anstieg aus den Umständen des Einzelfalls (wie etwa einem sprunghaften Anstieg der Patientenzahlen im Kontext der Praxisaufgabe) hinreichend sicher schließen lassen. Der Nachweis des Kausalzusammenhangs setzt nicht zwingend voraus, dass der Zuwachs durch einen Abgleich von Patientenlisten bestätigt wird.

3. Eine Ausnahme vom einjährigen Moratorium aufgrund einer „**außergewöhnlich starken**“ **Erhöhung der Fallzahlen** ist grundsätzlich erst ab einem Fallzahlzuwachs von mindestens 15 Prozent anzunehmen.

Die Kl. ist ein MVZ, in dem verschiedene psychologische Psychotherapeuten und Fachärzte für psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Nervenheilkunde sowie - als Angestellte im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages - die Fachärztin für Allgemeinmedizin K tätig sind. Die Anstellung der Fachärztin K wurde zum April 2008 genehmigt. Mit der Klage begehrte die Kl. die Zuweisung eines höheren Regelleistungsvolumens für K für die Quartale I, II und IV/12. **SG Berlin**, Urt. v. 14.12.2022 - S 22 KA 99/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Fachärzte für diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin: Mamma-Sonographie ohne QZV

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.02.2025 - L 11 KA 10/19

RID 25-04-2

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Es ist nicht zu beanstanden, wenn nach dem HVM für das Quartal I/14 für die Arztgruppe der Fachärzte für diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin die GOP 33041 EBM (**Mamma-Sonographie**) im **RLV** statt in einem **QZV** zu vergüten ist, während für Fachärzte für Frauenheilkunde diese Leistung

dem QZV „Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie“ zugeordnet wird. Dies verstößt nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Entscheidung der KV, auf die Bildung eines QZV Mamma-Sonographie für die Arztgruppe der Fachärzte für diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin zu verzichten, ist von ihrem normativen Gestaltungsspielraum gedeckt.

Hinsichtlich der GOP 34600 EBM (**Osteodensitometrische Untersuchung I**) ist nicht ersichtlich, dass der Verzicht auf ein entsprechendes QZV für die Gruppe der Fachärzte für diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin im HVM gegen höherrangiges Recht verstößt.

Eine **Übergangsregelung** zu der mit Wirkung zum Quartal IV/14 erfolgten **Umstellung der Vergütungssystematik** war nicht erforderlich. Es besteht kein Anspruch darauf, dass im Rahmen der Vergütung des Quartals I/14 die aktuellen Fallzahlen des Quartals I/14 anstelle der Fallzahlen des Vorjahresquartals I/13 zugrunde zu legen wären oder auf andere Weise ein (vorgreiflicher) Ausgleich der späteren Umstellung Honorarsystematik zu erfolgen hätte.

Streitig ist die Höhe des vertragsärztlichen Honorars für das Quartal I/14. Umstritten ist hierbei, ob die Bekl. für die Arztgruppe der Fachärzte für diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin ein Qualifikationsbezogenes Zusatzvolumen (QZV) für die GOP 33041 (Mamma-Sonographie) und 34600 EBM (Osteodensitometrische Untersuchung I) schaffen und bereits im Quartal I/14 mögliche Auswirkungen der zum Quartal IV/14 erfolgten Umstellung der Honorarverteilungssystematik (Abstellen auf die quartalsgleichen Fallzahlen bei Aufgabe des Vorjahresbezuges) berücksichtigen musste. Die Kl. ist eine GmbH und Trägerin von MVZ, in denen insb. Fachärzte für diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin tätig sind. **SG Dortmund**, Urt. v. 05.12.2018 - S 16 KA 77/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Abfall der Auszahlungsquote (Humangenetik)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.07.2025 - L 7 KA 13/23

RID 25-04-3

Revision anhängig: B 6 KA 10/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Leitsatz: Weicht die **Auszahlungsquote** einer Arztgruppe, deren Vergütung sich zum überwiegenden Teil aus einem gesonderten Honorartopf ergibt, in zwei aufeinander folgenden Quartalen um mehr als 15 Prozent von der Auszahlungsquote der Vergleichsgruppe ab, entbindet ein nachfolgendes Quartal, in dem die 15 Prozent-Schwelle nicht erreicht wird, die KV nicht von ihrer **Beobachtungs - und Reaktionspflicht**, wenn die Verbesserung der Auszahlungsquote nicht von Dauer ist. Schließen sich dem alleinigen guten Quartal **zwei weitere schlechte Quartale** an, hat die KV zu reagieren.

Beruhet die Bildung eines Honorartopfes auf typisierenden verpflichtenden **Vorgaben der KBV**, ist von der Beobachtungspflicht der KV auch umfasst, ob die Typisierung in ihrem Bereich zutreffend ist oder zu erheblichen Verwerfungen führt.

Ein dauerhafter nicht hinzunehmender **Abfall der Auszahlungsquote** kann gerade bei einer typisierenden Berechnung eines Honorartopfes anhand von Aufsatzquartalen und anschließend erfolgter Fortschreibung auch vorliegen, wenn die Auszahlungsquoten im Jahresverlauf **Schwankungsmustern** unterliegen (hier auffällig schlechtes Quartal IV und auffällig gutes Quartal II).

Die Kl. begehrte ein höheres Honorar für das Quartal IV/17 für Leistungen des „genetischen Labors“. **SG Berlin**, Urt. v. 11.09.2023 - S 87 KA 646/18 - wies die Klage ab. Das **LSG** verpflichtete die Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. für das Quartal IV/17 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

3. Laborbudget: Erwerb eines neuen Laboranalysegeräts durch Nichtlaborärzte

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.07.2025 - L 7 KA 6/23

RID 25-04-4

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Leitsatz: 1. Die Entscheidung einer kassenärztlichen Vereinigung, den mit dem Erwerb eines **neuen Laboranalysegeräts** verbundenen **Fallwertanstieg bei Nichtlaborärzten** vollständig erst zeitversetzt zu berücksichtigen, ist grundsätzlich ermessensfehlerfrei. Die Begrenzungswirkung der Anknüpfung des Honorars an zurückliegende Zeiträume drohte leerzulaufen, wenn Praxen allein durch den Ausbau ihrer Untersuchungsfähigkeiten und -kapazitäten eine sofortige Berücksichtigung der damit verbundenen Leistungszuwächse auf Honorarebene herbeiführen könnten.

2. Für die **Ermessensbetätigung** muss die Verwaltung die sachlich bedeutsamen Umstände des Einzelfalles ermitteln und abwägen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle theoretisch denkbaren Umstände, die möglicherweise ermessensrelevant sein könnten, gewissermaßen „ins Blaue hinein“ abzuklären wären. Der Betroffene hat vielmehr seiner **Mitwirkungslast** zu genügen und die für ihn günstigen ermessensrelevanten Umstände ausreichend klar vorzutragen.

Streitig ist die Anpassung des Budgets für spezielle Laboratoriumsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM (Laborbudget) in den Quartalen IV/17 bis II/19. Die Kl. nimmt seit Oktober 2017 als MVZ in der Rechtsform einer GmbH mit Fachärzten und für Gynäkologie und Reproduktionsmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. **SG Berlin**, Urt. v. 14.12.2022 - S 22 KA 532/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Kein Anspruch auf Verzinsung rückständiger Honorarzahungen

SG München, Urteil v. 23.01.2025 - S 28 KA 5003/20

RID 25-04-5

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 69 I; BGB §§ 286, 288

Mit Rechtskraft eines Gerichtsbescheids wird der tenorierte Betrag fällig. Es bedarf dann gem. § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 286 Abs. 2 Nr. 4 BGB keiner weiteren Mahnung, um in **Verzug** zu geraten. Vertrags(zahn)ärzte haben jedoch **keinen Anspruch auf Verzinsung rückständiger Honorarzahungen**. Vertrags(zahn)ärzten stehen für Ansprüche gegen ihre K(Z)Ven weder Verzugs- noch Prozesszinsen zu (BSG, Urt. v. 08.02.2012 - B 6 KA 12/11 R - SozR 4-2500 § 43b Nr. 1 Rn. 52; BSG, Beschl. v. 27.06.2012 - B 6 KA 65/11 B - juris Rn. 8).

Das **SG** wies die Klage ab.

II. Genehmigung/Disziplinarrecht

1. Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie: Teilnahme an Kolloquium

LSG Hessen, Urteil v. 10.09.2025 - L 4 KA 23/24

RID 25-04-6

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 135 II

Leitsatz: 1. Leistungen der interventionellen Radiologie sind nach dem geltenden Inhalt der WBO Hessen vom 23.11.2019 i.d.F. vom 23.11.2024 (WBO 2020) als zum Kern des **Fachgebietes** der Inneren Medizin und Angiologie gehörend anzusehen.

2. Für die Beurteilung, ob Leistungen **fachzugehörig oder fachfremd** sind bzw. zum Kern oder nur als randständig anzustehen sind, ist darauf abzustellen, welche Inhalte und Ziele der Weiterbildung für das jeweilige Fachgebiet in der aktuellen WBO genannt werden und in welchen Bereichen eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben werden müssen.

3. Die gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 1 QSV erforderliche Facharztbezeichnung „Radiologie“ kann durch ein **Kolloquium** ersetzt werden.

Die Beteiligten streiten um die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von interventionell-radiologischen Leistungen nach den GOP 34283, 34284, 34285, 34286 und 34287 EBM. **SG Marburg**, Urt. v. 31.05.2023 - S 18 KA 169/21 - RID 23-03-18 verurteilte die Bekl., die Kl. zu einem Kolloquium gemäß § 2 i.V.m. § 9 Abs. 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie zur Prüfung ihrer Befähigung zur Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen zuzulassen und ihr nach erfolgreicher Teilnahme an dem Kolloquium die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von interventionellen radiologischen Leistungen nach den EBM GOP 34283 bis 34287 zu erteilen. Das **LSG** wies im Wesentlichen die Berufung zurück, änderte die Vorinstanz lediglich insoweit ab, als sie den angefochtenen Bescheid nur abänderte und nicht aufhob.

2. Disziplinarrecht: Rückvergütungen für Übersendung von Proben an Laborarzt

SG München, Urteil v. 16.09.2025 - S 49 KA 119/23

RID 25-04-7

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 81 V

Ein Frauenarzt, der sich die **Übersendung von Proben an einen Laborarzt** bezahlen lässt (**Rückvergütungen**), verletzt seine vertragsärztlichen Pflichten, hier: Beihilfe zum Betrug des Laborarztes, der dafür rechtskräftig verurteilt wurde; außerdem verstößt er gegen seine Pflicht nach § 73 Abs. 7 SGB V, für die Zuweisung von Versicherten kein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen sowie seine berufsrechtlichen Pflichten (§ 31 BOÄ).

Das **SG** wies die Klage ab.

III. 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. Honorar Neuberechnung wegen unplausibler Profilzeiten: Durchschnittliches Minutenhonorar

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.05.2025 - L 5 KA 3048/24

RID 25-04-8

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

Leitsatz: Bei der Neufestsetzung des Honoraranspruchs wegen unplausibler Profilzeiten darf die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen ihrer Schätzung das GKV-Gesamthonorar einschließlich des Honorars für extrabudgetäre Leistungen als Rechenposten zur Ermittlung des **durchschnittlichen Minutenhonorars** heranziehen.

Die Bekl. setzte die Honoraransprüche für die Quartale II/15 bis IV/17 neu fest und verfügte eine Rückforderung in Höhe von insgesamt 187.602,56 € gegenüber dem Facharzt für Innere Medizin und Diabetologie im Bereich der hausärztlichen Versorgung. Zur Begründung wurde ausgeführt, der Kl. habe die Aufgreifgrenzen der Tages- bzw. Quartalsprofilzeiten erheblich überschritten. Es habe sich gezeigt, dass die auffälligen Tagesprofilzeiten mit zumeist über zwölf Stunden Arbeitszeit täglich hauptsächlich auf die häufige Abrechnung der GOP 03230 EBM (problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist), der GOP 35100 EBM (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) sowie der GOP 35110 EBM (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) zurückzuführen seien. An einzelnen von der Bekl. näher bezeichneten Tagen seien maximale Arbeitszeiten von täglich zwischen 17 und teilweise über 24 Stunden erreicht worden, wobei auf die oben genannten GOPen teilweise Anteile von über 10 Stunden täglich entfallen seien. Da die Leistung der GOPen 03230, 35100 und 35110 EBM insgesamt und nicht nur an einzelnen Behandlungstagen Rückschlüsse auf die Unrichtigkeit der Abrechnung zuließen, habe die Bekl. beschlossen, bei der Neufestsetzung der Honoraransprüche alle auffälligen Tage auf maximal 14 Stunden zu begrenzen. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Stuttgart**, Urt. v. 24.09.2024 - S 24 KA 3848/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. GOP 35591 EBM (Zuschläge für Kurzzeittherapie) für ermächtigte Ärzte

SG München, Urteil v. 26.09.2024 - S 49 KA 7/23

RID 25-04-9

Berufung zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Dem Wortlaut der Ziff. 1 der Präambel zu Abschnitt 35.2.3.2 des EBM lässt sich nicht entnehmen, dass nur zugelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten Anspruch auf die in Abschnitt 35.2.3.2 enthaltenen Zuschläge haben und dass eine Abrechnung durch ermächtigte Ärzte ausgeschlossen ist. Ein Ausschluss der Abrechenbarkeit der GOP 35591 EBM (Zuschläge für Kurzzeittherapien) für **ermächtigte Ärzte** besteht nicht. Der **Wortlaut „Vertragsärzte“** schließt ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten mit ein.

Im streitgegenständlichen Quartal I/22 war der Kl. mit hälftigem Versorgungsauftrag als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zugelassen. Daneben war er befristet für den Zeitraum vom 01.01. bis zum 31.12.2022 zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit coronabedingtem Therapiebedarf ermächtigt worden. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, soweit damit nach der GOP 35591 EBM abgerechnete Leistungen sachlich-rechnerisch berichtigt wurden, und verpflichtete die Bekl., dem Kl. das insoweit einbehaltene Honorar in Höhe von 438,48 € nachzuvergüten.

3. Unvollständige Übermittlung des Antrags einer Krankenkasse im elektronischen Datenaustausch

SG Stuttgart, Urteil v. 17.07.2025 - S 5 KA 1890/22

RID 25-04-10

www.juris.de

SGB V § 106d

Leitsatz: 1. Der in § 106d Abs. 6 S. 1 SGB V vorgesehene **Einsatz eines elektronisch gestützten Regelwerks** zielt auf eine bundeseinheitliche Datensatzbeschreibung und soll eine zügige, effektive, ressourcenschonende und verwaltungspraktikable Abrechnungsprüfung sicherstellen. Das in § 18 Abrechnungsprüfungs-RL i.V.m. Anlage 1 normierte elektronisch gestützte Regelwerk ist darauf angewiesen, dass alle Beteiligten diese Vorgaben beachten und die bundeseinheitliche Datensatzbeschreibung einhalten.

2. **Übermittelt die Krankenkasse** den Datensatz im elektronischen Datenaustausch unvollständig, so ist die Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, den Antrag der Krankenkassen i.S.d. § 106d Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB V deshalb abzulehnen

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die bekl. KV eine Abrechnungsprüfung nach § 106d Abs. 3 SGB V wegen unvollständiger elektronischer Datenübermittlung zu Recht abgelehnt hat. Die Bekl. übermittelte der kl. Krankenkasse elektronisch die Datensätze, in denen die Kl. die Datenfelder „BSNR_Überw“ und „LANR_Überw“ nicht ausgefüllt hatte, und lehnte eine sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen von der Kl. geltend gemachten Begründung „keine Versicherung feststellbar“ ab. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Anspruch einer Krankenkasse auf Erstattung von Teilen der Gesamtvergütung

SG Stuttgart, Urteil v. 17.07.2025 - S 5 KA 1501/22

RID 25-04-11

www.juris.de

SGB V §§ 82 I, 87a III 1, 106d II, III 2

Leitsatz: 1. Während bei Vereinbarung einer **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** der erforderliche enge Zusammenhang zwischen den einzelnen Leistungen und der Höhe der Gesamtvergütung nicht besteht, liegt dagegen der Zusammenhang bei einer **extrabudgetären Gesamtvergütung** vor.

2. Die **Abrechnungsprüfungs-Vereinbarung Baden-Württemberg** in der ab 01.01.2019 geltenden Fassung findet nach dessen § 14 Abs. 1 S. 2 auf alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens (01.01.2019) noch nicht abgeschlossenen Prüfverfahren Anwendung. Ein Prüfverfahren ist mit Erlass des Prüfbescheids und im Falle eines Widerspruchs mit Erlass des Widerspruchsbescheids abgeschlossen.

Die Kl., eine gesetzliche Krankenkasse, begehrte von der bekl. KV die Erstattung von Gesamtvergütung betreffend Einzelleistungen. Die Bekl. trat einseitig Ansprüche aus sachlich-rechnerischen Richtigstellungen betreffend die in Patientenlisten konkret benannten Einzelfälle außerhalb der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung an die Kl. zur unmittelbaren Einziehung ab. Aufrechnungen der Bekl. gegenüber dem Arzt waren nicht möglich, weil Honorarforderungen gegen die Bekl. nicht mehr bestanden. Das **SG** verurteilte die bekl. KV, an die kl. Krankenkasse 1.534,18 € zzgl. Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen (bzgl. des Zinsanspruchs) die Klage ab.

IV. 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. 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 Terminalservice- 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. Wirkstoffvereinbarung: Urologische Spasmolytika (Wirkstoff Propiverin)

LSG Bayern, Urteil v. 25.11.2024 - L 12 KA 36/23

RID 25-04-12

Revision anhängig: B 6 KA 6/25 R

www.juris.de

SGB V §§ 12 I, 73 VIII 4, 84 I, VI, 106b, 130a VIII; GG Art. 3 I, 12 I

Bei einer Streitigkeit eines pharmazeutischen Unternehmens mit der KV und Krankenkassen handelt es sich um eine **Angelegenheit des Vertragsarztrechts** (§ 12 Abs. 3 SGG). Entscheidet das Sozialgericht dennoch in der Besetzung mit zwei Vertragsärzten, liegt ein Verstoß gegen § 31 Abs. 2 i.V.m. § 33 Abs. 1, § 12 Abs. 3 S. 1 SGG vor, der nicht von Amts wegen zu berücksichtigen ist, sondern nur zu berücksichtigen wäre, wenn ein Beteiligter einen solchen Verfahrensmangel rügt.

Eine von den Krankenkassen und der KV auf Landesebene zur Umsetzung der Vorgaben aus der Arzneimittelvereinbarung geschlossene **Wirkstoffvereinbarung** nach § 106b SGB V i.V.m. § 84 Abs. 1 SGB V ist nicht rechtswidrig, weil dort der **Wirkstoff Propiverin** nicht als sog. Leitsubstanz im Bereich der urologischen Spasmolytika klassifiziert wird.

Die Kl., ein pharmazeutisches Unternehmen, das urologische Spasmolytika mit dem Wirkstoff Propiverin auch für die Behandlung von Kleinkindern vertreibt, wendet sich gegen eine Regelung in der von der zu 1 bekl. KV und den zu 2 bis 12 bekl. Krankenkassen(verbänden) geschlossenen Wirkstoffvereinbarung. **SG München**, Urt. v. 14.09.2023 - S 38 KA 230/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Prüfung der Hochschulambulanzen: Alleinige Zuständigkeit der Krankenkassen

SG Stuttgart, Urteil v. 17.07.2025 - S 5 KA 113/23

RID 25-04-13

www.juris.de

SGB V §§ 106, 106b, 113 IV 1, 117

Leitsatz: 1. § 113 Abs. 4 S. 1 SGB V trifft gegenüber § 106 Abs. 5 SGB V eine **Sonderbestimmung** für die **Prüfung** der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch **Hochschulambulanzen** nach § 117 SGB V. Danach sind für die Durchführung des Prüfungsverfahrens allein die Krankenkassen zuständig und nicht die Prüfungsgremien.

2. Weder die Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV noch die Vereinbarung auf Landesebene nach § 106 Abs. 1 SGB V bieten eine **Rechtsgrundlage** für die Übertragung der den **Krankenkassen** gem. § 113 Abs. 4 S. 1 SGB V zugewiesenen Zuständigkeit auf die **Prüfungsgremien**.

Das **SG** hob den angefochtenen Widerspruchsbescheid des Bekl. v. 12.12.2022 auf.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. 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 überversorgten 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 Institutermächtigung 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. Anstellungsgenehmigung

a) Anstellung eines Arztes mit weiteren Beschäftigungsverhältnissen

SG Kiel, Urteil v. 04.09.2024 - S 16 KA 24/21

RID 25-04-14

Sprungrevision (B 6 KA 3/25 R) zurückgenommen
www.juris.de

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 9, 95, 101 I; SGB X § 32; Ärzte-ZV § 19a I, 20 I 1; BedarfspIRL §§ 21 II, III, 62

Ein **angestellter Arzt** darf insgesamt nur in einem Umfang vertragsärztlich tätig bzw. angestellt sein, der insgesamt nicht über den **Anrechnungsfaktor 1** bei der Bedarfsplanung hinausgeht, und zwar unter Berücksichtigung von Anstellungsverhältnissen oder Zulassungen in anderen KV-Bezirken. Die Genehmigung der Anstellung kann mit der Auflage erteilt werden, dass mit der genehmigten Anstellung der Anrechnungsfaktor 1 nicht überschritten wird, verbunden mit der Bedingung, dass bis zum Praxisaufnahmetermin das Ende des bisherigen anderen Beschäftigungsverhältnisses durch Vorlage einer Bestätigung des derzeitigen Arbeitgebers im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie nachgewiesen wird.

Im April 2020 beantragte der Facharzt für Augenheilkunde M1 beim Zulassungsausschuss die Gründung eines MVZ in G und außerdem die Genehmigung dreier angestellter Ärzte. **M1** sollte danach ab Juli 2020 für 20 Stunden pro Woche in G angestellt werden. Zusätzlich bestünden eine hälftige Zulassung in H (MVZ für Augenheilkunde B) im Umfang von 12,5 Stunden pro Woche und außerdem eine Anstellung in H (MVZ für Augenheilkunde B1) im Umfang von 11 Wochenstunden. Gleichzeitig erklärte er mit Wirkung ab Juli 2020 den

Verzicht auf seine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag in G zugunsten der Anstellung im neu zu gründenden MVZ für Augenheilkunde G. Daneben wurden die Anstellungen der Fachärztin für Augenheilkunde, Frau R sowie der weiteren Fachärztin für Augenheilkunde, Frau A beantragt. Im neu zu gründenden MVZ sollte M1 als ärztlicher Leiter fungieren. Gesellschafter des MVZ sollten M1 und Y sein. Der Zulassungsausschuss ließ die Kl. mit Wirkung ab Juli 2020 für G zu, dies erfolgte nach Ziffer 6 des Beschlusses u.a. unter der **Auflage**, dass Herr M1 ab Juli 2020 insgesamt in einem Umfang vertragsärztlich tätig bzw. angestellt sei, der insgesamt nicht über den Anrechnungsfaktor 1 bei der Bedarfsplanung hinausgehe, und zwar unter Berücksichtigung von Anstellungsverhältnissen oder Zulassungen in anderen KV-Bezirken. Die Kl. erhalte die Genehmigung, u.a. Dr. M1 ab Juli 2020 als halbtags (20,00 Stunden wöchentlich) angestellter Facharzt für Augenheilkunde zu beschäftigen, sofern er bis zum Praxisaufnahmetermin das Ende des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses in H-B durch Vorlage einer Bestätigung des derzeitigen Arbeitgebers im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie nachweise. Der Zulassungsausschuss gab dem Hauptantrag auf Zulassung d. Kl. inklusive Anstellung von Herrn M1 nicht statt, weil dieser dann über die Halbtagsanstellung an dem MVZ hinaus an einem weiteren MVZ angestellt und Inhaber einer halben Zulassung gewesen wäre. Damit wäre er im vertragsärztlichen System insgesamt mit einem Anrechnungsfaktor von 1,5 berücksichtigt worden, was er als unzulässig ansah, und zwar unabhängig davon, ob sich sämtliche Stellen im Bereich des Zulassungsbezirks der KV Schleswig-Holstein befänden oder nicht. Die Kl. legte Widerspruch bzgl. der Auflagen zu Ziff. 1 und 6 des Beschlusses ein. Der Bekl. wies den Widerspruch hinsichtlich der Auflage zu Ziff. 6 zurück. Hinsichtlich der außerdem angefochtenen Auflage zu 1 entsprach er dem Widerspruch. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Umwandlung einer vakanten Arztstelle: Antragsfrist

SG Hamburg, Urteil v. 17.12.2024 - S 27 KA 132/21

RID 25-04-15

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 IXb

Bei der **Umwandlung einer vakanten Arztstelle** nach § 95 Abs. 9b SGB V i.V.m. § 103 Abs. 4a S. 5 und 6 SGB V ist eine Antragsfrist von 6 Monaten zum Zweck der Sicherstellung der Bedarfsplanung sowie dem Abbau von Überversorgung anzusetzen.

Eine **Verlängerung der Frist** für die Beantragung einer Umwandlung kommt im Unterschied zur Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4a S. 5 SGB V bei der Umwandlung einer vakanten Arztstelle nicht in Betracht. Dies folgt zum einen aus dem Auseinanderfallen der Zeitpunkte für die Wiedererfüllung des Versorgungsauftrags durch den angestellten Arzt auf der einen Seite und Erwerber der Zulassung auf der anderen Seite für einen Zeitraum zwischen 9 und 12 Monaten. Eine Verlängerung der Antragsfrist für weitere 6 Monate, wie bei der Nachbesetzung zulässig, hätte ein Auseinanderfallen von rechnerischem und tatsächlichem Versorgungsgrad für einen Zeitraum von bis zu 2 Jahren zur Folge und würde die sachgerechte Bedarfsplanung übermäßig gefährden.

Für die Umwandlung muss der **Umfang der Tätigkeit** der angestellten Ärztinnen einem ganzen, halben oder drei Viertel Versorgungsauftrag entsprechen. Bei der Ermittlung des Umfangs der Tätigkeit der angestellten Ärzte ist auf die tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistungen abzustellen. Hierbei muss in einer Gesamtschau aus der Menge in Verbindung mit dem Umfang der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen auf die zeitliche Inanspruchnahme durch deren Erbringung geschlossen werden (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.12.2014 - L 7 KA 56/14 B ER - juris, RID 15-03-50).

Die Entscheidung über die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bei Umwandlung einer Arztstelle nach § 95 Abs. 9b SGB V hat nach § 103 Abs. 3a SGB V zu erfolgen, so dass der **Zulassungsausschuss abschließende Entscheidungskompetenz** innehat und gegen die Entscheidung direkt die Klage zu erheben ist. Es handelt sich bei der Verweisung in § 95 Abs. 9b 2. HS SGB V um eine Rechtsgrundverweisung, mit der Folge, dass die Vorschriften des § 103 Abs. 3a SGB V vollumfänglich zur Anwendung kommen.

Im Jahr 2019 waren bei der Kl. zwei Arztstellen aus der bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe „Nuklearmediziner“ mit einem Gesamtanrechnungsfaktor 1,0 mit den Fachärztinnen für Nuklearmedizin Dr. H1 und G. besetzt. Hierbei war **Dr. H1** im Zeitraum 24.01.2019 **bis 31.12.2019** auf einer Arztstelle mit einem Faktor von 0,75 aufgrund eines Arbeitsvertrages mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 21 Stunden angestellt. **Frau G.** war im Zeitraum 24.01.2019 **bis 11.06.2019** auf eine Arztstelle mit einem Faktor von 0,25 aufgrund eines Arbeitsvertrages mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 Stunden angestellt. Die Kl. versuchte zunächst mit Ablauf der jeweiligen Arbeitsverträge eine Nachbesetzung durchzuführen. Sie beantragte sodann mit zwei separaten Schreiben vom 15.05.2020 jeweils eine Verlängerung der Frist für eine Nachbesetzung der Stellen ehem. Arztsitz G. (Faktor 0,25) und ehem. Arztsitz H1 (21 Stunden/Woche). Mit Beschl. v. 17.06.2020 genehmigte die Bekl. zu 2 den Antrag mit dem Faktor 1,0 bis zum 31.12.2020. Mit Schreiben v. 17.12.2020 übersandte die Kl. ein

ausgefülltes **Antragsformular auf Umwandlung** einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung mit gleichzeitigem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens. Sie beabsichtige den Sitz aus dem M. herauslösen und an einen anderen Nuklearmediziner, der nicht bei ihr angestellt sei, weiterzugeben. Dieser werde sich, sofern der Zulassungsausschuss der Ausschreibung zustimme, auf diesen Sitz bewerben. Die Umwandlung solle zum Quartal III/21, hilfsweise zu einem nächstmöglichen späteren Zeitpunkt erfolgen. Der Bekl. zu 2 lehnte den Antrag ab. U.a. führte er aus, der Antrag auf Umwandlung der vakanten Arztstelle in eine Zulassung sei wegen fehlender Versorgungsrelevanz betreffend der Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens abzulehnen. Der Widerspruch blieb erfolglos. Die Kl. habe den Antrag auf Umwandlung zum 01.07.2021 gestellt, damit sei der Versorgungsauftrag nach an sich längst möglicher einjähriger Stellenvakanz weitere sechs Monate nicht erfüllt. Damit sei der Antrag nicht fristgerecht gestellt. Das **SG** wies die Klagen ab.

c) Keine Umwandlung einer Arztstelle nach erfolgloser Nachbesetzung

SG München, Urteil v. 24.10.2025 - S 49 KA 124/20

RID 25-04-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 IXb, 96 I, 103 IIIa; Ärzte-ZV § 11 I; SGB X §§ 40 III Nr. 1, 42 S. 1

Entscheidet ein **unzuständiger Zulassungsausschuss** über einen Antrag auf eine Umwandlung und ein Nachbesetzungsverfahren für eine „Angestelltenstelle“ selbst anstatt ihn an den zuständigen Zulassungsausschuss weiterzuleiten, so ist der Bescheid wegen **fehlender Zuständigkeit** zwar formell rechtswidrig; ist der Bescheid in der Sache aber offensichtlich nicht zu beanstanden und wird der Kl. deshalb durch ihn **nicht in seinen Rechten verletzt**, ist der Bescheid nicht aufzuheben, sondern die Klage abzuweisen. Die fehlende örtliche Zuständigkeit führt nach § 40 Abs. 3 Nr. 1 SGB X nicht dazu, dass die streitige Entscheidung nichtig wäre. Vielmehr ist nach § 42 S. 1 SGB X die Klage abzuweisen, da nach dieser Vorschrift die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nach § 40 nichtig ist, nicht allein deshalb beansprucht werden kann, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat.

Verfügt ein Vertragsarzt zum Zeitpunkt seines Antrags bereits seit 18 Monaten **nicht mehr über eine genehmigte Zulassung einer Angestelltenstelle**, die umgewandelt werden kann, so besteht kein Anspruch auf (Rück-)Umwandlung in einen Zulassungsstatus. Ein Antrag auf (Rück-)Umwandlung in einen Zulassungsstatus kann nur solange gestellt werden, solange die **Anstellungsgenehmigung noch vorhanden** ist, der Umwandlungsantrag muss rechtzeitig, solange die Anstellungsgenehmigung noch wirksam ist, gestellt werden. Verfügt ein Vertragsarzt lediglich über eine Arztstelle, die nach der Regelung des § 103 Abs. 4b S. 5 SGBV nachbesetzt werden kann, und gelingt ihm die Nachbesetzung nicht, ist die „Angestelltenstelle“ verloren und das Recht auf Nachbesetzung erloschen und es kann kein Verwertungsinteresse mehr bestehen. Die Angestelltenstelle kann dann wie der Vertragsarztsitz einer untergegangenen Vertragsarztpraxis nicht mehr ausgeschrieben werden.

Eine Auslegung des § 95 Abs. 9b S. 1 SGB V entgegen dem Wortlaut dahingehend, dass eine Angestelltenstelle, für die keine genehmigte Anstellung „mehr existiert“, umgewandelt und nachbesetzt werden könnte, würde letztendlich auch dazu führen, dass die von der höchstrichterlichen Rspr. entwickelten **Fristen für eine ausnahmsweise Nachbesetzung** bei Überversorgung **umgangen** würden.

Der Kl., ein Facharzt für Orthopädie, war seit Juli 2012 in einer BAG tätig. Laut Beschluss des bekl. Zulassungsausschusses verfügte er seitdem auch über eine Genehmigung zur Anstellung von K., eines Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin für 40 Wochenstunden. Die BAG endete zum 30.09.2018. Mit drei Beschl. v. 18.09.2018 wandelte der Zulassungsausschuss Ärzte Bayern auf Antrag des Kl. die genehmigte Beschäftigung von K. als angestellter Arzt beim Kl. in eine Teilzulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag um (nach juris Rn. 22 bezog sich der Antrag des Kl. auf Umwandlung unstreitig nur auf die hälftige Anstellungsgenehmigung) und stellte fest, dass die Teilzulassung des K. mit Wirkung zum 30.09.2018 endet, und erteilte außerdem Z. die Genehmigung zur Beschäftigung von K. als angestellter Arzt mit 20 Wochenstunden ab dem 01.10.2018. Außerdem stellte er fest, dass die **Genehmigung für den Kl. zur Beschäftigung des K.** mit einer Arbeitszeit von 40 Wochenstunden **am 30.09.2018 endet**. Diese Beschlüsse wurden alle bestandskräftig. In der Folge gab der Zulassungsausschuss Ärzte Bayern mit Beschl. v. 29.05.2019 dem Antrag des Kl. auf „Verlängerung der **Frist zur Nachbesetzung der Arztstelle** der Arztgruppe der Chirurgen und Orthopäden im Umfang von 20 Wochenstunden am Vertragsarztsitz in K-Stadt“ um maximal 6 Monate statt. Mit Schreiben v. 06.09.2019 beantragte der Kl. beim Zulassungsausschuss Ärzte Bayern eine erneute Verlängerung der Nachbesetzungsfrist. Der Beschl. über die Verlängerung der Frist bis 30.09.2019 sei ihm erst Ende August schriftlich zugestellt worden. Ferner beantragte er mit Schreiben v. 30.09.2019 die ihm erteilte genehmigte

Anstellung ruhend zu stellen und hilfsweise die Genehmigung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens. Der Zulassungsausschuss Ärzte Bayern gab dem Antrag auf **Verlängerung der Frist zur Nachbesetzung der Arztstelle bis maximal zum 31.03.2020** statt. Ausführungen zum Antrag auf Ruhendstellung oder der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens enthielt dieser Beschluss nicht. Der Kl. legte gegen diesen Bescheid nur insoweit Widerspruch ein, als dem Antrag auf Ruhen der Angestelltenstelle nicht stattgegeben wurde. Der Widerspruch wurde ebenso wie die dagegen erhobene Klage abgewiesen. Diese Entscheidung ist rechtskräftig.

Der Kl. stellte mit Schreiben v. 30.03.2020 beim Bekl. einen **Antrag auf Durchführung** eines Nachbesetzungsverfahrens für seinen Vertragsarztsitz (Orthopädie) sowie **eines Nachbesetzungsverfahrens für die „PRM-Arztstelle“** und bat um Weiterleitung an den Zulassungsausschuss Ärzte Bayern. Der Bekl. gab mit Beschl. v. 29.04.2020 dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens für den Vertragsarztsitz statt. Die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens der Angestelltenstelle eines Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin wurde abgelehnt. Seit 01.10.2018 sei kein Praxissubstrat für eine Nachbesetzung dieser Angestelltenstelle mehr vorhanden und die Frist zur Nachbesetzung sei abgelaufen. Das **SG** wies die Klage ab.

d) Anordnung der sofortigen Vollziehung: Versorgungsvorteil für Patienten des Ast.

SG München, Beschluss v. 24.03.2025 - S 49 KA 19/25 ER

RID 25-04-17

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95; BedarfspIRL § 26 IV Nr. 3

Vor dem Hintergrund der geringen Erfolgsaussichten des Widerspruchs und dem sich aus der Akte ergebenden besonderen öffentlichen Interesse geht die **Interessenabwägung** vorliegend dennoch klar zugunsten der Anordnung der sofortigen Vollziehung aus. Dieses besondere **öffentliche Interesse** besteht in einem **Versorgungsvorteil für die onkologischen Patienten** der Ast., für die durch die Anordnung des Sofortvollzugs ab sofort die Notwendigkeit von Doppelvorfstellungen an zwei Tagen entfällt. Hinter diesen Versorgungsvorteil für ca. 70 ambulanten Chemotherapie-Patienten, wodurch mehrfache Blutentnahmen und Zeitverzögerungen vermieden werden können, hat das allein aktenkundige Suspensivinteresse der Beigel. zu 8) zurückzutreten.

Der Zulassungsausschuss erteilte der Ast. die Genehmigung zur Beschäftigung von H., Facharzt für Laboratoriumsmedizin, als angestellter Arzt in ihrem M. in G-Stadt mit einem Tätigkeitsumfang von 10 Wochenstunden (Bedarfsplanungsfaktor 0,25) ab 01.01.2025. Die Anträge von fünf Mitbewerbern auf Anstellungsgenehmigungen, u.a. des Beigel. zu 8, wurden abgelehnt. Dessen Widerspruch ist weiterhin anhängig. Das **SG** ordnete die sofortige Vollziehung von Ziff. I. des Beschl. des Zulassungsausschusses Ärzte Bayern v. 27.11.2024, mit dem der Ast. die Genehmigung zur Beschäftigung von H. als angestellter Arzt in ihrem M. am Vertragsarztsitz in G-Stadt, A-Straße mit einem Tätigkeitsumfang von 10 Wochenstunden erteilt wurde, an.

2. Ende der Zulassung wegen Nichtaufnahme der vertragsärztlichen Versorgung

SG München, Urteil v. 27.02.2025 - S 49 KA 420/23

RID 25-04-18

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 VII 1

Wird in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich die **vertragsärztliche Tätigkeit nicht** innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung **aufgenommen**, endet die Zulassung kraft Gesetzes, ohne dass es dafür des Erlasses eines entsprechenden Verwaltungsaktes bedarf (§ 95 Abs. 7 S. 1 SGB V) (BSG, Urt. v. 04.11.2021 - B 6 KA 13/20 R - SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 15, juris Rn. 30).

Hat der Zulassungsausschuss die Entziehung der Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Versorgung beschlossen, kann der Berufungsausschuss ohne Verstoß gegen das **Verbot der reformatio in peius** dennoch das Ende der Zulassung wegen Nichtaufnahme der vertragsärztlichen Versorgung feststellen, wenn der Zulassungsausschuss nichts dazu ausgeführt hat, ob die Zulassung zum Zeitpunkt seiner Entscheidung überhaupt noch Bestand oder diese bereits kraft Gesetzes geendet hatte.

Eine **Genehmigung der Verlegung eines Vertragsarztsitzes** in Verkennung des Umstands, dass die **Zulassung bereits geendet** hat, geht ins Leere. Sie führt nicht zum Weiterbestehen oder Wiederaufleben der Zulassung.

Mit Bescheid des Bekl. vom 22.02.2021 wurde die Kl., eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, nach partieller Entsperrung des Planungsbereichs mit einem vollen Versorgungsauftrag zugelassen. Ihre Zulassung

ruhte vom 23.05.2021 bis 31.12.2021. Ein weiterer Antrag der Kl. vom 28.12.2021 auf Ruhen der Zulassung bis zum 30.06.2022 wurde vom Zulassungsausschuss mit Beschl. v. 02.02.2022 abgelehnt. Im Tenor seines Bescheids führte der Zulassungsausschuss aus, dass die Zulassung gemäß § 95 Abs. 7 SGB V ende, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung dieses Bescheids aufgenommen werde. Die Zustellung erfolgte am 08.02.2022. Dieser Bescheid wurde bestandskräftig. Am 01.04.2022 stellte die Kl. einen Antrag auf Verlegung ihres Vertragsarztsitzes ab dem 01.05.2022 in die K-Straße, ebf. in V-Stadt. Am 04.04.2022 zeigte sie außerdem die Aufnahme ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit zum 01.05.2022 an. Der Zulassungsausschuss genehmigte die Verlegung des Praxissitzes ab 19.05.2022. Im Quartal II/22 rechnete die Kl. lediglich zwei Scheine im Ärztlichen Bereitschaftsdienst ab. Im Quartal III/22 brachte sie 173 Fälle zur Abrechnung, im Quartal IV/22 318 Fälle. Der Fachgruppendurchschnitt lag in diesen Quartalen bei ca. 1.000 Fällen im Quartal. Der Zulassungsausschuss entzog der Kl. mit Beschl. v. 14.09.2022 die Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Der Widerspruch blieb erfolglos. Der Bekl. stellte fest, dass die Zulassung mit Ablauf des 09.05.2022 geendet habe. Hilfsweise werde die Zulassung der Klägerin vollständig entzogen. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Zulassungsentziehung

a) Langjährige Abrechnungsverstöße

SG München, Urteil v. 08.05.2025 - S 49 KA 417/23

RID 25-04-19

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 27

Die grundsätzliche **Verantwortlichkeit des einzelnen Arztes** für die **Richtigkeit seiner Abrechnung** entfällt nicht dadurch, dass die Partner einer **BAG** die Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen auf eines ihrer Mitglieder übertragen haben. Verlässt ein Vertragsarzt sich auf seinen Partner und unterschreibt er die Abrechnungssammelerklärung gewohnheitsmäßig, liegt auch darin ein Verstoß gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung. Der Vertragsarzt muss seinen diesbezüglich bestehenden Kontroll- und Prüfungspflichten nachgekommen (BSG, Beschl. v. 28.09.2016 - B 6 KA 14/16 B - RID 16-04-74).

Verstößt ein Vertragsarzt gegen die **Grundpflicht zur peinlich genauen Abrechnung** über den langen Zeitraum von über sieben Jahren, verursacht er einen sehr hohen Schaden für die Solidargemeinschaft in Höhe von insgesamt über 800.000 € und setzt er die Abrechnungsverstöße nach dem Erlass des ersten Honorarrückforderungsbescheids fort, so rechtfertigt dies eine Entziehung der Zulassung.

Der Kläger nimmt seit 2001 als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einem vollen Versorgungsauftrag an der vertragsärztlichen Versorgung teil, seit 2009 bis September 2022 in einer BAG. Außerdem verfügte er seit 2009 über eine Genehmigung zur Belegarztstätigkeit im Krankenhaus, in dessen Gebäude sich die Räume der Vertragsarztpraxis befanden. Nach Einleitung eines Plausibilitätsverfahrens forderte die KV gegenüber der BAG mit - bestandskräftigen - Bescheiden Honorar in Höhe von 70.512,06 € für die Quartale III und IV/13, 487.535,37 € für die Quartale I/14 bis II/17, 223.725,70 € für die Quartale III/17 bis III/19 und 92.202,77 € für die Quartale IV/19 bis I/21 zurück. Das Amtsgericht erließ am 10.12.2021 einen - rechtskräftigen - Strafbefehl gegen den Kl. wegen Betrugs in zehn Fällen bzgl. der Quartale 1/15 bis 2/17 und verhängte eine Gesamtgeldstrafe in Höhe von 160 Tagessätzen. Der Zulassungsausschuss entzog dem Kl. mit Bescheid v. 29.07.2022 die Zulassung wegen gröblicher Verletzung vertragsärztlicher Pflichten. Der Bekl. wies mit Beschl. v. 23.03.2023 den Widerspruch des Kl. zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Fehlende Eignung wegen Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse

SG München, Urteil v. 01.10.2025 - S 28 KA 5066/24

RID 25-04-20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 VI 1

Gem. § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V ist die Zulassung u.a. zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen. Die **fehlende Eignung** ergibt sich aus der rechtskräftigen Entscheidung eines Amtsgerichts, wonach sich ein Zahnarzt des **Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse** in 13 Fällen schuldig gemacht hat sowie wegen Urkundenfälschung in drei Fällen und Diebstahls verurteilt worden ist.

Die Ungeeignetheit für die vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit kann sich auch aus Vorgängen ergeben, die sich **außerhalb der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit** ereignet haben.

Die von einem Zahnarzt im Rahmen seiner zahnärztlichen Tätigkeit begangenen, **wiederholten Urkundsdelikte** (Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse, Urkundenfälschung) begründen grundlegende Zweifel daran, dass sich die Krankenkassen und andere vertragsärztliche Institutionen auf die Richtigkeit von u.a. Bescheinigungen des Zahnarztes verlassen können.

Auch der in einem **Diebstahlsdelikt** zum Ausdruck kommende fehlende Respekt vor fremdem Vermögen und Eigentum stellt einen charakterlichen Mangel dar, der die Nichteignung zur Ausübung der Kassenpraxis begründen kann.

Eine **Entscheidung der Approbationsbehörde**, wonach die Voraussetzungen für einen Widerruf der Approbation noch nicht vorliegen, hat keine präjudizielle Wirkung für die Frage des Vorliegens der Voraussetzungen der Zulassungsentziehung wegen Ungeeignetheit.

Der Kl. (geb. 1950) war in der Zeit vom 01.04.1984 bis 11.11.2009 als Vertragszahnarzt zugelassen. In der Zeit vom 01.08.2012 bis zum 31.12.2018 war er als angestellter Zahnarzt tätig. Seit dem 01.04.2022 ist er erneut zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen, mit hälftigem Versorgungsauftrag. Das **Amtsgericht** sprach mit rechtskräftigem Urteil v. 12.06.2023 den Kl. schuldig des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse in 13 tatmehrheitlichen Fällen in Tateinheit mit Urkundenfälschung in drei Tateinheitlichen Fällen in Tateinheit mit Diebstahl und verurteilte ihn zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren. Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt. Das AG stellte fest, dass der Kl. im Zeitraum vom 25.08.2020 bis 11.03.2021 für zwölf Patienten insgesamt 13 Atteste zur Befreiung von der Maskenpflicht im Rahmen der Corona-Pandemie ausgestellt hatte. Er habe dabei wider besseres Wissen und wahrheitswidrig angegeben, dass wegen einer „Mask Mouth Disease entspr. ICD-Codes K02.9 und K05.6“ das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung unzumutbar sei. Die Diagnose habe er bewusst falsch gestellt, damit die Patienten die Pflicht hinsichtlich des Tragens des Mund-Nasen-Schutzes umgehen konnten. Daneben habe er in drei Impfpässen für sich, seine Frau und seine Tochter jeweils zwei Corona-Schutzimpfungen eingetragen, habe diese unterschrieben und sie mit dem Aufdruck „Impfzentrum LK-B-Stadter Land“ versehen. Dabei habe der Kl. gewusst, dass keine der Personen gegen Corona durch einen Arzt im Impfzentrum geimpft worden war. Schließlich habe der Kl. am 10.01.2022 im Impfzentrum des Landkreises einen Bogen Impf-Chargen-Aufkleber in seine Hemdtasche gesteckt, um diese für sich zu behalten und im Anschluss zu verwenden. Das AG stellte fest, dass ein Berufsverbot nicht angezeigt gewesen sei. Die Regierung von Oberbayern stellte das Verfahren auf Widerruf der Approbation ein. Der Zulassungsausschuss entzog dem Kl. mit Beschl. v. 20.03.2024 die Teilzulassung wegen gröblicher Pflichtverletzung. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Zulässigkeit eines Widerspruchs erst ab Bekanntgabe des Verwaltungsakts

SG München, Urteil v. 27.02.2025 - S 49 KA 6/22

RID 25-04-21

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 VI

Ein **Widerspruch** ist grundsätzlich erst ab **Bekanntgabe des Verwaltungsakts** zulässig. Ein **vorher eingeleiteter Widerspruch** wird auch nach späterem Erlass des Bescheids nicht zulässig. Es ist erneut Widerspruch einzulegen.

Die **Übersendung einer Email**, in der der Tenor der Entscheidung des Zulassungsausschusses nicht wiedergegeben wird, stellt unter keinem Gesichtspunkt eine Bekanntgabe eines Verwaltungsakts i.S.d. § 31 SGB X dar. Auch müsste erkennbar sein, von wem genau die E-Mail stammt und ob diese dem Zulassungsausschuss zurechenbar ist.

Ein Rechtsanwalt kann sich auf einen **Rechtsirrtum** grundsätzlich nicht berufen.

Die Kl. ist Trägerin eines seit 2018 zugelassenen MVZ. In seiner **Sitzung am 27.07.2020** beschloss der **Zulassungsausschuss** die vollständige Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Außerdem stellte er fest, dass die Anstellungsgenehmigungen des MVZ von T., H. und S. beendet seien. Am 28.07.2020 erhielt der damalige Geschäftsführer der Kl. eine **E-Mail** mit dem Betreff „EXTERN Sitzung Zulassungsausschuss Ärzte - M-Stadt Stadt und Land - vom 27.7.2020“. Die E-Mail lautete: „Sehr geehrter B., hiermit teilen wir Ihnen mit, dass die Zulassung für das Medizinische Versorgungszentrum E-Straße, M-Stadt, entzogen wurde sowie die Anstellungsgenehmigungen widerrufen werden. Einen schriftlichen Bescheid erhalten Sie in den nächsten Wochen. Freundliche Grüße, S.W. Sachbearbeiterin Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 80684 M-Stadt“. Mit **Schreiben v. 13.08.2020** an die Beigel. zu 1) legte die Klägerbevollmächtigte „höchst fürsorglich“ **Widerspruch** ein. Die Geschäftsstelle des Bekl. bestätigte mit Schreiben v. 20.08.2020 den Eingang des Widerspruchs und setzte eine Frist für die Zahlung der Widerspruchsgebühr. **Am 25.08.2020** wurde der Kl. der **Bescheid** zum Beschluss des Zulassungsausschusses v. 27.07.2020 **zugestellt**. Nachdem der Bekl. der Klägerseite bereits mit Schreiben v. 08.10.2020 mitgeteilt hatte, dass der Widerspruch wegen nicht rechtzeitiger Überweisung der Widerspruchsgebühr als zurückgenommen gelte, fasste er am 10.12.2020 einen **Beschluss**, der

Kl. **zugestellt am 23.02.2021**, mit der Feststellung, dass sich das **Anrufungsverfahren gegen den Beschl. v. 27.07.2020 erledigt** habe. In der Begründung dieses Beschlusses wurde u.a. ausgeführt, dass der Widerspruch ohnehin unzulässig sei, weil er nicht innerhalb der Widerspruchsfrist eingelegt worden sei. Gegen diesen Beschluss erhob die Klägerbevollmächtigte Klage (Az. S 43 KA 59/21, später S 49 KA 59/21). Mit **Schreiben v. 08.03.2021** legte die Klägerbevollmächtigte **erneut Widerspruch** ein gegen den Beschluss vom 27.07.2020 und stellte gleichzeitig einen **Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand**. Der Bekl. wies den Widerspruch mit **Beschluss v. 28.10.2021** (Bescheid v. 21.12.2021) zurück. Der Bekl. sei, da der Widerspruch nicht fristgemäß eingelegt worden sei, nicht zu einer eigenständigen Sachentscheidung berufen. Das **SG** wies die Klage ab.

VI. EHV KV Hessen

1. Heranziehung zur EHV/Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)

LSG Hessen, Urteil v. 23.07.2025 - L 4 KA 62/22

RID 25-04-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KVHG Hessen § 8; GKAR Art. 4 § 1 II; GEHV i.d.F. ab 01.07.2012

Leitsatz: Die **Nephrologen** stellen eine **eigene Arztgruppe** i.S. des § 3a Abs. 1 GEHV dar.

Sieht der Satzungsgeber bei der Berechnung des Honorarvolumens unter Abzug besonderer Kosten als Grundlage der Beitragsklasseneinstufung und Beitragsfestsetzung zur EHV vor, dass die bei den besonderen Kosten zu ermittelnden **Arztgruppen** unter bestimmten Voraussetzungen einer Arztgruppe mit ausreichender Datengrundlage zuzuordnen sind, hat diese Festlegung durch den **Satzungsgeber** selbst zu erfolgen.

Diese Festlegung kann **nicht durch ein Institut erfolgen**, welches Datenmaterial für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen liefert.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 9 anstatt der Beitragsklasse 2 und des EHV-Beitrags in Höhe von 5.794,00 € anstatt 1.254,00 € pro Quartal nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der bekl. KV Hessen (GEHV) für das Beitragsjahr 2013/2014 und hierbei insb. um die fehlende Berücksichtigung von Dialysesachkosten nach Kapitel 40.14 EBM als besondere Praxiskosten. **SG Marburg**, Urt. v. 10.12.2014 - S 12 KA 27/14 - RID 15-01-70 verurteilte zur Neubescheidung. Nach Klageerhebung brachte das LSG mit Beschl. v. 28.11.2017 das Verfahren im Blick auf das **Parallelverfahren** (L 4 KA 2/15) zum Ruhen. **LSG Hessen**, Urt. v. 11.04.2018 - L 4 KA 2/15 - RID 18-03-61 wies die Berufung der Bekl. zurück, beanstandete gegenüber der Vorinstanz aber nicht die Einteilung in die Beitragsklassen. **BSG**, Urt. v. 11.12.2019 - B 6 KA 12/18 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 22 wies die Revision der Bekl. zurück. Nach der Auffassung des BSG bestehen zwischen den Arztgruppen hinsichtlich der Relation von Umsatz und Ertrag strukturelle - nicht individuelle - Unterschiede von solchem Ausmaß und Gewicht, dass eine schematische Gleichbehandlung für Zwecke der EHV nicht gerechtfertigt ist und § 3 Abs. 1 GEHV in der zwischen Juli 2012 und Dezember 2016 geltenden Fassung mit höherrangigem Recht nicht in vollem Umfang vereinbar ist. Die Bekl. habe deshalb neu über die Höhe der Umlage der Kl. für die EHV zu entscheiden und insoweit zunächst § 3 GEHV rückwirkend neu zu fassen. Das LSG ordnete mit Beschl. v. 24.09.2020 erneut das Ruhen des Verfahrens an. Die **Bekl. änderte im Jahr 2021 die GEHV**. Eine vom BSG geforderte Berücksichtigung besonderer Kosten in § 3a GEHV wurde rückwirkend zum 01.07.2012 eingeführt. Im Rahmen der Berechnung nach § 3a GEHV wurden die Arztgruppen mit einem besonderen Kostensatz ermittelt und in der Anlage zu § 3a Abs. 3 GEHV für das jeweilige Kalenderjahr ausgewiesen. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. zur Neubescheidung des Kl. nach Maßgabe der Rechtsauffassung des Senats verpflichtet wird.

VII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Psychotherapeutische Leistungen: Strukturzuschläge

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

RID 25-04-23

SozR 4-2500 = NZS 2025, 266

Um den aus BVerfG, Beschl. v. 20.03.2023 - 1 BvR 669/18 - RID 23-02-37 folgenden verfassungsrechtlichen Vorgaben gerecht zu werden, die sich auf den Zeitraum der rückwirkenden Einführung der **sog. Strukturzuschläge** und damit die Quartale I/12 bis IV/15 beziehen, darf der **Bewertungsausschuss** die Höhe der Vergütung für die einzelnen antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zwar weiterhin vom Grad der Auslastung des Psychotherapeuten abhängig machen. Er darf den Grad der Auslastung für diesen Zeitraum aber nicht mehr allein auf der Grundlage der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen festlegen, sondern muss in diesem Zusammenhang **alle vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Leistungen** gleichermaßen **berücksichtigen**. Diese Vorgabe kann auf unterschiedliche Weise umgesetzt werden.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 06.03.2024 - B 6 KA 7/23 R

RID 25-04-24

www.juris.de

2. Frist für die Einreichung der Quartalsabrechnung: Notfallbehandlungen durch Nichtvertragsarzt

BSG, Beschluss v. 27.08.2025 - B 6 KA 13/24 B

RID 25-04-25

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 17.04.2024 - L 12 KA 25/23 - wird zurückgewiesen.

In der Senatsrspr. ist geklärt, dass die **Notfallbehandlung** von Versicherten durch Krankenhäuser oder **Nichtvertragsärzte** der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen ist und deren Vergütungsanspruch dem Grunde und der Höhe nach aus den Vorschriften des Vertragsarztrechts über die Honorierung ärztlicher Leistungen folgt. In diesem Zusammenhang hat der Senat bereits klargestellt, dass dabei für Krankenhäuser nicht isoliert nur die für sie günstigen Bestimmungen zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gelten können. Nach st. Rspr. dürfen Notfallbehandlungen, die in Krankenhausambulanzen erbracht werden, unter Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes aus Art. 3 Abs. 1 GG grundsätzlich nicht schlechter vergütet werden als entsprechende Behandlungen von Vertragsärzten. Daraus folgt aber auch, dass Krankenhausambulanzen keinen Anspruch auf eine Privilegierung gegenüber Vertragsärzten bei der Vergütung haben können. Dass dies entsprechend auch für Nichtvertragsärzte gilt, liegt auf der Hand und bedarf keiner Klärung durch ein Revisionsverfahren.

Der Senat hat ferner bereits entschieden, dass **Fristen im Honorarverteilungsmaßstab für die Einreichung der Quartalsabrechnungen** sowie die Sanktionierung von Fristüberschreitungen durch Honorarabzüge grundsätzlich rechtmäßig sind. Ebenso ist geklärt, dass die im vorliegenden Verfahren maßgebende neunmonatige Ausschlussfrist nicht unverhältnismäßig kurz ist.

3. BVerfG: Sachlich-rechnerische Richtigstellung/Dokumentationspflichten des Vertragsarztes

BVerfG 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 01.10.2025 - 1 BvR 985/24

RID 25-04-26

www.juris.de

GG Art. 12 I; SGB V §§ 87 I 1, 87b I 2; EBM Abschn. 31.2.2

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Beschl. v. 09.02.2024 - B 6 KA 11/23 B - RID 24-02-13 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Regelung des EBM beruht auf der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in § 87 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2d S. 1 SGB V. Sie verfolgt mit der Vermeidung der Abrechnung nicht medizinisch indizierter Leistungen zu Lasten der Krankenkasse ein der Finanzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung dienendes legitimes Ziel. Auch wenn die Voraussetzung einer **Bilddokumentation** selbst nicht für die Behandlung an sich erforderlich ist, sondern nur dem **Nachweis eines medizinisch** und nicht religiös

oder ästhetisch **motivierten Eingriffs dient**, soll sie sicherstellen, dass nur Leistungen vom System der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, die innerhalb des in § 27 Abs. 1 SGB V normierten Leistungskatalogs bleiben.

Soweit der Bf. die **Dokumentationspflichten** für **unverhältnismäßig** hält, weil sie ihn zu einer Verletzung der Grundrechte seiner Patienten zwingen, bleiben die Ausführungen zudem zu unsubstantiiert. Zunächst hätte es einer näheren Aufarbeitung der fachrechtlichen Rechtslage, insb. zum Arzt-Patienten-Verhältnis, bedurft. Weiter ist nicht dargelegt, ob aus der Sicht der Verfassungsbeschwerde die vermeintliche Unzumutbarkeit der Dokumentation für den **Patienten**, die ihrerseits nur behauptet, aber nicht im gebotenen Maße erläutert wird, vom **Arzt** angesichts der zwischen ihnen bestehenden **Rechtsbeziehung** (§§ 630a ff. BGB; siehe auch § 76 Abs. 4 SGB V) über die Lehre der mittelbaren Drittwirkung zu beachten sein soll, oder ob der **Vertragsarzt** aufgrund § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 76 Abs. 4 SGB V **in die Grundrechtsbindung der Krankenkasse** im Rahmen ihres öffentlich-rechtlichen Leistungsverhältnisses zum Patienten **eingebunden sein soll**. Schließlich bleibt auch offen, weshalb sich im Fall der Unzumutbarkeit der Dokumentationsanforderung eine Behandlungspflicht des Arztes ohne Dokumentation und ohne Honoraranspruch ergeben soll.

Der kl. Facharzt für Urologie wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung im Quartal II/12 (32 Mal die GOP 26340 <Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre> und viermal die GOP 31102 <dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2> und damit im Zusammenhang zweimal die GOP 31503 <postoperative Überwachung im Anschluss> und viermal die GOP 31609 <postoperative Behandlung im Anschluss>). **SG Potsdam**, Urt. v. 06.12.2017 - S 1 KA 83/15 - wies die Klage ab, **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 22.02.2023 - L 7 KA 12/18 - RID 23-02-13 verurteilte die Bekl., dem Kl. für das Quartal II/12 31 Mal die GOP 26340 nachzuvergüten, und wies im Übrigen die Berufung des Kl. zurück. Nach Ansicht des LSG wird die enge Interpretation der Bekl., dass die GOP nur abrechenbar ist, wenn eine Harnröhrenenge festgestellt und dokumentiert wurde, nicht vom Wortlaut der GOP 26340 gedeckt. Das **BSG** verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde des Kl. als unzulässig.

4. Plausibilitätsprüfung: Hälfziger Versorgungsauftrag in BAG/Neufassung der Prüfzeiten und Altquartale

BSG, Beschluss v. 27.08.2025 - B 6 KA 9/24 B

RID 25-04-27

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerden der Kl. und der Bekl. gegen **LSG Hessen**, Urt. v. 22.11.2023 - L 4 KA 51/20 - juris werden zurückgewiesen.

Es ist geklärt, dass für die Zeit seit der Einführung der LANR zum 01.07.2008 davon auszugehen ist, dass auch bei **fachgebietsgleichen BAGen** eine **arztbezogene Kennzeichnungspflicht** mit der LANR besteht. In diesem Zusammenhang hat der Senat betont, dass dies den KVen gerade auch die Überprüfung der Plausibilitätsgrenzen erlaubt; die Plausibilitätsprüfung dient auch der Überprüfung der Einhaltung des Umfangs des aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrags. Weder aus § 8 Abs. 4 AbrPr-RL 2008 noch aus § 8 Abs. 6 AbrPr-RL 2018 folgt, dass eine Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten in zeitlicher Hinsicht nur dann vorgenommen werden könnte, wenn die **BAG insgesamt** die Obergrenzen überschreitet. Ein solches Verständnis entspräche bereits nicht den Vorgaben nach § 106a Abs. 2 S. 2 SGB V (heute: § 106d Abs. 2 S. 2 SGB V), wonach eine „arztbezogene“ Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität durchzuführen ist.

Es ist in der Rspr. des Senats geklärt, dass **Vertragsärzte mit halbem Versorgungsauftrag** bei Überschreitung von 390 Stunden im **Quartalszeitprofil** auffällig werden. Unter Berücksichtigung des mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in § 106a Abs. 2 S. 2 Hs. 2 SGB V verankerten Gebots, angestellte Ärzte und Vertragsärzte „entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages“ bei der Plausibilitätsprüfung gleich zu behandeln, ist die maßgebende Zeitgrenze entsprechend dem Umfang der Beschäftigung auf einer viertel, einer halben oder einer dreiviertel Stelle als Bruchteil der für vollzeitbeschäftigte Ärzte geltenden Grenze von 780 Stunden zu bilden.

Der Senat hat bereits entschieden, dass die im Anhang 3 des EBM enthaltenen und den einzelnen Gebührenordnungspositionen unmittelbar zugeordneten **Kalkulations- und Prüfzeiten normativen Charakter** haben und so bemessen sein müssen, dass sie auch von erfahrenen und zügig arbeitenden Ärzten für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung benötigt werden. Von der Beachtung dieser Vorgabe kann im Regelfall ausgegangen werden, wenn die Prüfzeit die für die Ermittlung der Punktzahlen im EBM zugrunde gelegte Kalkulationszeit unterschreitet. Auch hat der Senat den „gleichen normativen Rang“ von Leistungslegende und Prüfzeit betont. Zudem ist geklärt, dass die

Gerichte den dem Bewertungsausschuss in seiner Funktion als Normgeber zukommenden Gestaltungsspielraum auch bei der Festlegung der Zeitvorgaben im EBM nach § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V zu respektieren haben.

Auf eine Überschreitung des Beurteilungsspielraums des Bewertungsausschusses hinsichtlich der Kalkulations- und Prüfzeiten des EBM für die Versichertenpauschalen nach GOP 18211 EBM und GOP 18212 EBM bzw. für die Durchführung einer Körperakupunktur nach GOP 30791 EBM kann nicht allein aus der **Herabsetzung der jeweiligen Prüfzeiten zum 01.04.2020** durch den EBM 2020 geschlossen werden. Es ist zu berücksichtigen, dass die Anpassung der Kalkulations- und Prüfzeiten zum 01.04.2020 **im Rahmen einer größeren EBM Weiterentwicklung** erfolgte. **Primäre Zielsetzung** war dabei, die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen auch in Zukunft bestmöglich zu gewährleisten und dabei die Vertragsärzte angemessen und am Leistungsgeschehen orientiert zu vergüten. Neben strukturellen Änderungen im EBM wurde auch die Basis der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmethode des EBM weiterentwickelt. Im Rahmen der Prüfung der Zeitansätze der Leistungen erfolgte eine medizinische Plausibilisierung unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der Delegationsfähigkeit von Leistungen. Als Folgeänderung der aktualisierten Kalkulationszeiten wurden auch die Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM angepasst. Jedenfalls hat die Kl. aber nicht hinreichend dargelegt, dass sich diese auf die Prüfzeiten nach altem Recht beziehenden Rechtsfragen (noch) grundsätzliche Bedeutung haben.

Auch wenn sich dem erkennenden Senat die **Bedeutung der Ausführungen des LSG**, wonach die Bekl. „die Unschärfen der Quartalspauschalen nicht entlastend nach § 12 Abs. 3 AbrPr-RL berücksichtigt“ habe und „somit tatbestandlich von zu hohen Überschreitungswerten ausgegangen“ sei und „sich der Senat nicht davon überzeugen [konnte], dass hinsichtlich des sich aus dem Quartalszeitprofilen ergebenden Abrechnungsumfangs grobe Fahrlässigkeit der Klägerin bzw. des Beigeladenen gegeben“ sei, **nicht erschließt und deren Bedeutung für das Ergebnis des Rechtsstreits unklar bleibt**, folgt hieraus **keine grundsätzliche Bedeutung**. Die Rüge eines bloßen **Rechtsanwendungsfehlers** ist im Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren unbeachtlich.

Die Beteiligten stritten um eine Honorarberichtigung für die sieben Quartale I/12 bis III/13 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung in Höhe von 298.111,77 €. **SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 21.08.2020 - S 12 KA 1/18 - RID 20-04-4 wies die Klage ab. Das **LSG** hob die angefochtenen Bescheide auf. Zwar sei die arztbezogene Ermittlung der Tages- und Quartalszeitprofile nicht zu beanstanden. Auch seien die Tages- und Quartalszeitprofile zu Recht anhand der Prüfzeiten entsprechend den Zeitangaben im Anhang 3 des EBM ermittelt worden. Ebenso habe die Bekl. zutreffend den arzt- und praxisbezogenen Tageszeitprofilen einen Tätigkeitsumfang von zwölf Stunden pro Arzt zugrunde gelegt und sei von einer Quartalszeitobergrenze von 390 Stunden für den halben Versorgungsauftrag ausgegangen. Aufgrund der somit richtig ermittelten Zeitprofile stelle sich die Abrechnung der Kl. als auffällig dar und sei Indiz für eine Fehlerhaftigkeit der Abrechnung. Der Bescheid sei jedoch rechtswidrig, soweit die Bekl. im Rahmen der Prüfung nach § 12 Abs. 3 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien 2008 die **Überschreitung der quartalsbezogenen Pauschalen nicht auf der Tatbestandsseite, sondern lediglich auf der Rechtsfolgenseite** berücksichtigt habe.

5. Ermächtigung einer Psychotherapie-Ausbildungsstätte

BSG, Urteil v. 11.12.2024 - B 6 KA 3/23 R

RID 25-04-28

BSGE = SozR 4-2500 § 117 Nr. 10 = GesR 2025, 379 = ZMGR 2025, 211

Leitsatz: Für die **Ermächtigung von Ambulanzen an Ausbildungsstätten für Psychotherapie**, die nach dem 26.9.2019 staatlich anerkannt worden sind, ist der Versorgungsbedarf der Versicherten und nicht der Bedarf an Ausbildungsplätzen für Psychotherapeuten maßgeblich.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Tumor Treating Fields (TTF)-Therapie bei Glioblastom (Neue Behandlungsmethode)

SG Darmstadt, Urteil v. 11.08.2025 - S 8 KR 100/23

RID 25-04-29

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 135

Leitsatz: 1. Bei der Beurteilung der Frage, ob eine **Standardtherapie** vorliegt, ist auf den allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum jeweiligen **Behandlungszeitpunkt** und nicht auf den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses abzustellen.

2. Es steht keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung, sofern - bezogen auf das konkrete Behandlungsziel - die dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht **die gleiche Leistung** erbringen kann wie die begehrte **alternative Leistung**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Optune TumortheraPIefelder-Therapie für die Zukunft als Sachleistung zur Verfügung zu stellen. Es stellte ferner fest, dass die Bekl. dem Kl. die gewährte Optune TumortheraPIefelder-Therapie zu Recht als Sachleistung zur Verfügung gestellt hat.

2. Kryokonservierung

a) Sachleistung erst nach Abrechnungsmöglichkeit durch Leistungserbringer

LSG Hessen, Urteil v. 27.02.2025 - L 1 KR 35/24

RID 25-04-30

Revision anhängig: B 1 KR 10/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27a, 92 I 2 Nr. 10

Bis 30.06.2021 bestand noch kein **Anspruch auf Kryokonservierung**. Der Bewertungsausschuss hat die notwendigen **Gebührenpositionen** erst mit Wirkung **zum 01.07.2021 in Kraft gesetzt**. Erst ab diesem Datum durchgeführte Maßnahmen waren einer Abrechnung bzw. Sachleistung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung zugänglich. Dies folgt aus der Gesetzessystematik. Denn nach der Konzeption des SGB V besteht ein Sachleistungsanspruch im Vertragsarztsystem der gesetzlichen Krankenversicherung erst mit Inkrafttreten der für eine Sachleistung erforderlichen Abrechnungsmöglichkeit durch den Leistungserbringer gegenüber dem Leistungsträger.

SG Gießen, Urt. v. 06.12.2023 - S 5 KR 736/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Anspruch auf Kryokonservierung erst ab 01.07.2021

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.04.2025 - L 10 KR 383/24

RID 25-04-31

Revision anhängig: B 1 KR 19/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27a, 87 Vb

§ 27a Abs. 4 SGB V gewährt einen Anspruch auf **Kryokonservierung** erst ab dem **Inkrafttreten** der vom **GBA** in **Richtlinien** nach § 27a Abs. 5 i.V.m. § 92 Abs. 1 S. 1 und 2 Nr. 10 SGB V getroffenen Regelungen über die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen. BSG, Urt. v. 28.08.2024 - B 1 KR 21/23 R - SozR 4-2500 § 27a Nr. 24 hat damit einen Sachleistungsanspruch auf Gewährung von Kryokonservierung vor dem 20.02.2021 ausgeschlossen. Für die Zeit ab dem 20.02.2021 bis zum 30.06.2021 fehlt es jedoch an einer höchstrichterlichen Entscheidung. Entgegen der in Rspr. und Lit. insoweit wohl überwiegend vertretenen Auffassung besteht ein Sachleistungsanspruch auf eine Kryokonservierung nicht bereits mit dem 20.02.2021, sondern erst mit dem **Zeitpunkt der Umsetzung der Richtlinie im EBM** am 01.07.2021.

SG Gelsenkirchen Urt. v. 17.05.2024 - S 17 KR 182/22 - juris verurteilte die Bekl. zur Zahlung von Kosten für die Kryokonservierung i.H.v. 4.006,23 €. Das **LSG** wies die Klage ab.

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. Tiefe Hirnstimulation bei schwerer Depression im Rahmen einer stationären Behandlung

SG Reutlingen, Urteil v. 11.06.2025 - S 1 KR 1661/24

RID 25-04-32

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 II, 11 I Nr. 4, 27, 137c III

Leitsatz: 1. Bei einer **schweren Depression** besteht kein Anspruch gegen die Krankenkasse, eine **stationär durchzuführende Tiefe Hirnstimulation** als Sachleistung zu gewähren.

2. Mit der **Elektrokrampftherapie** steht eine **Standardtherapie** zur Behandlung einer schweren Depression zur Verfügung.

3. Für einen Anspruch nach § 137c Abs. 3 SGB V fehlt es am **Potenzial der Tiefen Hirnstimulation** als Behandlungsalternative.

4. Ein solcher Anspruch ergibt sich auch nicht aus **§ 2 Abs. 1a SGB V**.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Abdominoplastik nach Gewichtsverlust

SG Speyer, Urteil v. 24.07.2025 - S 15 KR 315/22

RID 25-04-33

www.juris.de

SGB V §§ 27 I 1, 39 I

Kommt es durch ausgeprägte Cutis laxa (**Hautüberschüsse**) am Bauch, Unterbauch und Oberschenkeln bei **Gewichtsverlust** von ca. 90 kg nach einer Schlauchmagenoperation im Jahr 2019 zu funktionellen und schmerzhaften Bewegungseinschränkungen und zu chronischen Entzündungsprozessen mit schlecht heilenden Wunden und sind konservative Therapieoptionen erschöpft, besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einer **Abdominoplastik** in Fleur-de-Lis-Technik inkl. Nabelhernienoperation mit Nabelneuformung sowie einer liposuktionsassistierten Oberschenkelstraffung beidseits im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Abdominoplastik in Fleur-de-Lis-Technik inklusive Nabelhernienoperation mit Nabelneuformung sowie einer liposuktionsassistierten Oberschenkelstraffung beidseits zu versorgen, und wies im Übrigen die Klage ab.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 25.06.2024 - **B I KR 39/22 R** - steht der Kl. der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch als Rechtsnachfolgerin des verstorbenen Versicherten zu. Dieser hatte zu Lebzeiten teilweise bereits fällige Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Abs. 2 SGB V, teilweise zumindest Anwartschaften auf Kostenerstattung erworben, die im Wege der Gesamtrechtsnachfolge nach § 1922 Absatz 1 BGB auf die Kl. als Alleinerbin 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 Rechnungsstellung 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. Kein Recht auf Selbstbeschaffung nach bindender Entscheidung über Leistungsanspruch

LSG Hessen, Urteil v. 24.06.2024 - L 1 KR 41/24

RID 25-04-34

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 III, IIIa

Eine (etwaige) **Genehmigungsfiktion** begründet keinen Anspruch auf die Erstattung von Kosten, die erst nach Erlass des ablehnenden Bescheides entstanden sind (vgl. BSG, Urt. v. 26.05.2020 - B 1 KR 9/18 R - BSGE 130, 200 = SoZR 4-2500 § 13 Nr. 53, juris Rn. 27).

SG Darmstadt, Urt. v. 27.11.2023 - S 6 KR 608/21 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück, *BSG*, Beschl. v. 12.08.2025 - B 1 KR 54/24 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

2. Aktive Suche nach Privatpsychotherapieplatz erforderlich

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.09.2025 - L 1 KR 81/23

RID 25-04-35

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 2, 28 III, 72 I, 73 II 1, 75 I 1, 76 I 1

Ein Versicherter, der sich auf ein Systemversagen beruft, muss, um einen nichtzugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen zu können, im Hinblick auf die sich aus § 21 Abs. 2 SGB X ergebenden Mitwirkungspflichten **aktiv** in geeigneter Form nach einem Therapieplatz bei einem zugelassenen Therapeuten wie bei einem **Privatpsychotherapeuten suchen**. Es ist ihm zuzumuten, die in Frage kommenden Therapeuten ggf. **auch wiederholt zu kontaktieren**. Eine Beschränkung auf einmalige Anrufe und Nachrichten auf Anrufbeantwortern oder einmalige Emails ist nicht ausreichend. Dies gilt allein schon deshalb, weil Psychotherapeuten in der Regel keine Angestellten haben und während der Therapiestunden nicht erreichbar sind, mit der Folge, dass 20 bis 30 vergebliche Versuche nicht ohne weiteres ausreichen.

SG Berlin, Urt. v. 22.02.2023 - S 166 KR 1035/22 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Stationäre Behandlung im nordzypriotischen Landesteil Zyperns

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 29.07.2025 - L 10 KR 143/22

RID 25-04-36

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 IV, V

Leitsatz: 1. Der **nordzypriotische Landesteil Zyperns** ist kein „anderer Mitgliedstaat in der Europäischen Union“ i.S.v. § 13 Abs. 4 oder 5 SGB V, solange die Regierung der Republik Zypern in diesem Gebiet keine tatsächliche Kontrolle ausübt und der Besitzstand der Europäischen Union in Nordzypern ausgesetzt ist.

2. Aus demselben Grund besteht auch kein **Kostenerstattungsanspruch** nach europarechtlichen Regelungen zur Koordinierung der Sozialsysteme der Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

3. Die Voraussetzung der vorherigen Zustimmung der Krankenkasse zur Inanspruchnahme von **Krankenhausleistungen im Ausland** innerhalb der Europäischen Union (§ 13 Abs. 5 SGB V) ist teleologisch auf den Regelfall zu beschränken, in dem ein Versicherter sich bewusst im Wege der Waren- und Dienstleistungsfreiheit zur Krankenhausbehandlung ins Ausland begibt.

SG Lübeck, Gerichtsbb. v. 24.10.2022 - S 8 KR 292/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

1. Lifestyle-Arzneimittel

a) Lifestyle-Medikament zur Behandlung von Übergewicht (Mounjaro)

SG Darmstadt, Urteil v. 20.10.2025 - S 13 KR 375/24

RID 25-04-37

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, 31 I 1, 34 I 7 u. 8, 92 I 2 Nr. 6

Leitsatz: 1. Das Medikament Mounjaro ist **zur Behandlung von Übergewicht** ein nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmendes sog. „Lifestyle-Medikament“.

2. Der Leistungsausschluss von sog. „Lifestyle-Medikamenten“ ist **verfassungsgemäß**.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Haarwuchsmittel bei Autoimmunerkrankung

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 08.09.2025 - S 38 KR 1116/23 D

RID 25-04-38

www.juris.de

SGB V §§ 31 I, 34 I 7 u. 9, 92 I 2 Nr. 6

Entspricht ein Arzneimittel im Anwendungsgebiet der Autoimmunerkrankung Alopecia areata den Kriterien eines sog. **Lifestyle-Arzneimittels**, indem es im Ergebnis überwiegend der Verbesserung des Haarwuchses dient, besteht kein Versorgungsanspruch.

Das **SG** wies die Klage ab.

c) Arzneimittel Litfulo (Wirkstoff Ritlecitinib) für Behandlung von Haarausfall

SG Düsseldorf, Gerichtsbescheid v. 23.06.2025 - S 27 KR 1551/24

RID 25-04-39

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27, 31 I 1, 34 I 7, 8 u. 9, 92 I 2 Nr. 6

Das **Arzneimittel Litfulo (Wirkstoff Ritlecitinib)** wird angewendet für die Behandlung von schwerer Alopecia areata (kreisrunder Haarausfall) und führt zum Nachwachsen der Haare. Damit dient es der „**Verbesserung des Haarwuchses**“ i.S.d. § 34 Abs. 1 S. 8 SGB V. Es unterfällt somit unmittelbar dem gesetzlichen Leistungsausschluss.

Das **SG** wies die Klage ab.

d) Arzneimittel Olumiant® zur Verbesserung des Haarwuchses

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 08.09.2025 - L 10 KR 801/24

RID 25-04-40

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 34 I, 92 I 2 Nr. 6

Es besteht kein Anspruch auf Versorgung mit dem **Arzneimittel Olumiant®**. Der begehrten Versorgung steht bereits § 34 Abs. 1 S. 7 und 8 SGB V entgegen. Danach sind von der Versorgung in der GKV Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind danach u.a. Arzneimittel, die **zur Verbesserung des Haarwuchses** dienen. Hierunter fällt auch Olumiant®. Das Nähere regeln gemäß § 34 Abs. 1 S. 9 SGB V die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V. Gestützt hierauf hat der G-BA Olumiant® für das Anwendungsgebiet Alopecia areata ausdrücklich von der Versorgung ausgeschlossen.

SG Köln, Urt. v. 11.10.2024 - S 23 KR 1169/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Tadalafil zur Behandlung der erektilen Dysfunktion

SG Gießen, Urteil v. 27.08.2025 - S 11 KR 35/25

RID 25-04-41

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 34 I 7

Leitsatz: 1. Bei **Tadalafil** handelt es sich um ein Arzneimittel, das **überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion** bzw. der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz dient. Es ist daher gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V vom Versorgungsanspruch ausgeschlossen.

2. Ein **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 Abs. 3 SGB V besteht nicht, wenn keine unaufschiebbare Leistung gegeben ist und der Versicherte den Beschaffungsweg nicht eingehalten hat.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Behandlung mit Pegcetacoplan im Vorfeld einer Nierentransplantation

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 18.07.2025 - L 11 KR 431/25 B ER

RID 25-04-42

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 2 Ia; SGG § 86b II

Bei einer **terminalen Niereninsuffizienz** handelt es sich um eine Erkrankung im Sinne des § 2 Abs. 1a S. 1 SGB V.

Auf eine **Dialysebehandlung als alternative Behandlungsmethode** kann ein Versicherter nicht verwiesen werden, wenn durch die begehrte Therapie ein **Nierentransplantat ermöglicht** werden kann, das die natürliche Filterfunktion der Niere vollständig übernimmt und damit die effektivste Form des Nierenersatzes darstellt. Ferner sind die längeren Gesamtüberlebenszeiten mit Nierentransplantat gegenüber der reinen Dialysebehandlung zu berücksichtigen. Nach summarischer Prüfung ist davon auszugehen, dass das Ausmaß des Therapieansprechens von Iptacopan im Vergleich mit Pegcetacoplan geringer ausfällt. Nach summarischer Prüfung ist von einer nicht ganz entfernt liegenden Aussicht auf Heilung bzw. auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf auszugehen.

SG Detmold, Beschl. v. 12.05.2025 - S 2 KR 211/25 ER - juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de verpflichtete die Ag. vorläufig zur Versorgung der Ast. mit Pegcetacoplan nach der Empfehlung von E. Das **LSG** fasste auf die Beschwerde der Ag. den Tenor des erstinstanzlichen Beschl. klarstellend neu und verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, die Kosten einer bis zu vier Wochen dauernden Behandlung der Ast. mit Pegcetacoplan vorläufig zu übernehmen. Im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

3. Sperrwirkung des Arzneimittelrechts im vorläufigen Rechtsschutzverfahren (Avastin)

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 25.09.2025 - L 10 KR 71/25 B ER

RID 25-04-43

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 35c; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Die **zulassungsüberschreitende Anwendung** eines Fertigarzneimittels zu Lasten der Krankenkasse kommt nach § 35c SGB V nur dann in Betracht, wenn zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung keine andere Therapie zur Verfügung steht und die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann (BSG, Urt. v. 26.09.2006 - B 1 KR 1/06 R - BSGE 97, 112 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 5). Eine kontrollierte klinische Prüfung der Phase 3 zur **Erfolgsaussicht** für das **Fertigarzneimittel Avastin** zur Behandlung eines primären oder rezidivierenden Glioblastoms (Hirntumor) existiert bisher nicht.

2. Die **Sperrwirkung des Arzneimittelrechts** kann im Nachgang zu der negativen arzneimittelrechtlichen Bewertung eines Fertigarzneimittels nur überwunden werden, wenn neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, die erwarten lassen, dass das betroffene Präparat für die relevante Indikation - zumindest im Rahmen einer vereinfachten, ggf. bedingten Zulassung - zugelassen werden kann (BSG, Urt. v. 29.06.2023 - B 1 KR 35/21 R - BSGE 136, 185 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 22)

3. Gibt es für die zulassungsüberschreitende Anwendung eines Fertigarzneimittel nach einer negativen arzneimittelrechtlichen Bewertung **keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse** i.d.S., kann über ein vorläufiges Rechtsschutzbegehren **nicht anhand einer Folgenabwägung** entschieden werden.

SG Itzehoe, Beschl. v. 30.05.2025 - S 26 KR 8/25 ER - verpflichtete die Ag., den Ast. nach ärztlicher Verordnung (als Sachleistung) mit dem Fertigarzneimittel Avastin® für höchstens sechs Gaben bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache zu versorgen. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

4. Ersatz eines zuzahlungsfreien durch ein rabattiertes zuzahlungspflichtiges Arzneimittel

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.03.2025 - L 11 KR 759/23

RID 25-04-44

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31, 43c I, 61, 129 I, 130a

Ein Versicherter kann nicht verlangen, dass die **Krankenkasse** auf die von ihm zu leistende (höhere) **Zahlung verzichtet**, wenn die Apotheke ein verordnetes zuzahlungsfreies Arzneimittel gemäß § 129 Abs. 1 S. 3 SGB V durch ein rabattiertes zuzahlungspflichtiges Arzneimittel ersetzt. Dieses Ergebnis ist verfassungsrechtlich unbedenklich.

SG Düsseldorf, Gerichtsbb. v. 13.07.2023 - S 27 KR 743/19 - juris - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 13.11.2025 - **B 3 KR 1/24 R** - sind für die Hilfsmittelversorgung eines erwachsenen Versicherten mit dem **Sesseldreirad „Easy Rider“** nach der neueren Senatsrspr. die **Gegebenheiten des Nahbereichs der Wohnung** des Kl. zu ermitteln, festzustellen und mit Blick auf das Versorgungsbegehren tatrichterlich zu würdigen. In dieser Würdigung ist unter anderem zu berücksichtigen, wie der Kl. diesen zu ermittelnden konkreten Nahbereich mit eigener Körperkraft und unterstützt durch welche Hilfsmittel erschließen kann, was ihm insoweit nach seiner körperlichen Konstitution und seinem Gesundheitszustand (motorische und kognitive Fähigkeiten) sowie nach den topographischen Verhältnissen im Nahbereich der Wohnung hinreichend regelmäßig möglich und zumutbar ist, und ob er, kann er diesen Nahbereich nur mit motorunterstützten Mobilitätshilfsmitteln zumutbar erschließen, das begehrte Hilfsmittel nach seinem Restleistungsvermögen ohne Eigen- und/oder Fremdgefährdung nutzen kann. Zu prüfen ist schließlich auch, ob Umstände des Einzelfalls die begehrte Versorgung als unwirtschaftlich erscheinen lassen, etwa mit Blick auf bereits vorhandene weitere und zur Erschließung des Nahbereichs ausreichende Mobilitätshilfsmittel oder auf in Betracht kommende Versorgungsalternativen zu der begehrten Versorgung, die gleichfalls den Einsatz der eigenen (Rest-)Kräfte ermöglichen.

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 Senatsrspr. 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. Sitzschale mit Untergestell für Besuch einer Kindertageseinrichtung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 13.08.2025 - L 6 KR 7/23

RID 25-04-45

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Revision zugelassen: B 3 KR 16/25 R

SGB V § 33 I; SGB VIII §§ 22, 24

Leitsatz: Die Versorgung eines unter dreijährigen Kindes mit einer **Sitzschale mit Untergestell** allein für einen als Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft geförderten **Besuch einer Kindertageseinrichtung** ist nicht Gegenstand eines Anspruchs auf Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V.

SG Magdeburg, Ur. v. 24.01.2023 - S 25 KR 43/20 - verurteilte die Bekl., den geltend gemachten Betrag zu erstatten. Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Ganzkörperanzug „Exopulse Mollii Suit“: Neue Behandlungsmethode

LSG Sachsen, Urteil v. 23.07.2025 - L 1 KR 151/24

RID 25-04-46

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33 I 1, 27 I 2 Nr. 3, 135 I 1

Leitsatz: 1. Für die Bewertung, ob es sich um ein **Hilfsmittel** zum **Behinderungsausgleich** oder zur **Krankenbehandlung** handelt, sind die Angaben des Herstellers zu der der Zweckbestimmung entsprechenden Verwendung zugrunde zu legen.

2. Bei Hilfsmitteln zum **unmittelbaren Behinderungsausgleich** wird nicht in erster Linie auf den regelwidrigen bzw. funktional beeinträchtigten Körperzustand mit dem Ziel der Heilung oder Besserung in einem kurativ-therapeutischen Sinne eingewirkt, sondern das Funktionsdefizit wird lediglich möglichst weitreichend kompensiert. Ein Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich setzt vorrangig erst an den Folgen des regelwidrigen Körperzustands an, indem es die Funktionsbeeinträchtigung ausgleicht oder die beeinträchtigte Funktion ersetzt (vgl. BSG, Ur. v. 15.03.2018 - B 3 KR 18/17 R - BSGE 125, 189 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 41, juris Rn. 34).

3. Bei dem **Ganzkörperanzug Exopulse Mollii Suit** (Mollii Suit) handelt es sich nach seiner schwerpunktmäßigen Zielrichtung um ein **Hilfsmittel zur Krankenbehandlung** und nicht um ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich. Insbesondere indem er durch Elektrostimulation Nervensignale ersetzen soll, die beim gesunden Menschen auf natürliche Weise die Hemmung von Muskeleigenreflexen bewirken, erfolgt eine Einwirkung auf den Körper (Behandlung) und wird nicht an den Folgen des regelwidrigen Zustandes angesetzt.

4. Die Krankenbehandlung durch den Mollii Suit stellt eine **neue Behandlungsmethode** dar, die gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu Lasten der Krankenkassen erst erbracht werden darf, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 eine entsprechende Empfehlung abgegeben hat.

SG Chemnitz, Gerichts. v. 0.09.2024 - S 15 KR 28/24 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Kein individueller Anspruch auf Pflegebett in Einrichtung der Eingliederungshilfe

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 12.09.2025 - L 10 KR 104/25 B ER

RID 25-04-47

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGB IX §§ 40, 43a, 103 I

Leitsatz: 1. Ein Versicherter hat gegen seine Krankenkasse keinen Anspruch auf Versorgung mit einem **Pflegebett** als Hilfsmittel (§ 33 SGB V), wenn er in einer **stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe** wohnt, in der grundpflegerische Leistungen (§ 43a SGB XI, § 103 Abs. 1 SGB IX) erbracht werden.

2. Eine stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe trägt - ebenso wie eine stationäre Pflegeeinrichtung - das **Risiko der Konstitution eines Bewohners (Adipositas)** und hat daher ein in der Breite individuell erforderliches Pflegebett vorzuhalten.

3. Bei einer Erkrankung des Versicherten an Dekubitus kann der Versicherte von seiner Krankenkasse die Versorgung mit einer in der Breite an das individuell erforderliche Pflegebett angepassten **Wechsellagermatratze** beanspruchen.

SG Schleswig, Beschl. v. 22.07.2025 - S 6 KR 12/25 ER - verpflichtete die Ag. vorläufig, dem Ast. ein Kranken-/Pflegebett mit erhöhter Tragfähigkeit und einer Anti-Dekubitusmatratze jeweils in 120 cm x 200 cm zu gewähren. Das *LSG* lehnte den Antrag ab.

4. Hörgeräteversorgung

a) Nicht durch Messerergebnisse objektivierbare Gebrauchsvorteile

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.01.2025 - L 4 KR 4/22

RID 25-04-48

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Als **Gebrauchsvorteile**, die einen Anspruch Versicherter auf Versorgung mit einer **festbetragsüberschreitenden Hörversorgung** begründen, kommen bei entsprechender Plausibilisierung auch Aspekte des Hörens (z.B. Verbesserungen beim Richtungshören oder bei der Rückkopplungs- oder Störgeräuschunterdrückung) in Betracht, die sich nicht durch Messerergebnisse des Freiburger Einsilbertests objektivieren lassen.

2. Dass Versicherte die **Hörgerätestestung mit zuzahlungspflichtigen Modellen beginnen**, spricht nicht per se für eine die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V ausschließende Vorfestlegung.

SG Berlin, Ur. v. 10.12.2021 - S 89 KR 2301/20 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.630 € zu zahlen.

b) Verbesserung im gesamten Alltagsleben

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 21.08.2025 - L 1 R 3/20

RID 25-04-49

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Es bleibt offen, ob im Fall einer begehrten Hörgeräteversorgung der den Lauf der Weiterleitungsfrist auslösende **Antragseingang** im Sinne des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bereits im Erstkontakt zwischen dem Versicherten und dem leistungserbringenden Hörgeräteakustiker zu sehen ist (vgl. dazu BSG, Ur. v. 30.10.2014 - B 5 R 8/14 R - BSGE 117, 192 = SozR 4-1500 § 163 Nr. 7, juris Rn. 40, 42 f.; BSG, Ur. v. 24.01.2013 - B 3 KR 5/12 R - BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 19, juris Rn. 20).

2. Eine **Hörgeräteversorgung**, deren Vorteile sich für den Versicherten auswirken – wozu auch zählt, den allgemeinen bzw. generellen Höranforderungen im Arbeitsleben gerecht zu werden –, unterfällt dem von den Trägern der GKV sicherzustellenden (unmittelbaren) Behinderungsausgleich.

SG Itzehoe, Ur. v. 15.11.2019 - S 19 R 161/18 - verurteilte die bekl. Rentenversicherungsträgerin, der Kl. den festbetragsübersteigenden Eigenanteil für das Hörgerät Opn 1 Ex-Hörer Mini rechts und links zu zahlen. Auf die Berufung der Bekl. hob das *LSG* das Urteil des SG auf, soweit die Bekl. zu einer Zahlung an die Kl. verurteilt worden ist. Zugleich änderte es das Urteil des SG wie folgt: Die Beigel. wird unter Abänderung ihrer Teilbewilligungs- und -ablehnungsbescheide v. 22.02.2018 verurteilt, an die Kl. weitere 3.533 € zu zahlen. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten

Nach BSG, Ur. 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) Pflege durch die Eltern

LSG Hessen, Urteil v. 26.06.2025 - L 1 KR 24/23

RID 25-04-50

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 37

Wird ein Versicherter **keiner rechtlichen Zahlungsverpflichtung** ausgesetzt, weil die **Pflege seiner Eltern**, wenn auch überobligatorisch, für ihn kostenlos ist, besteht kein Kostenerstattungsanspruch. Die Eltern waren vielmehr grundsätzlich verpflichtet, alles in ihren Kräften Stehende zu tun, um neben den vorhandenen Leistungen der Krankenkasse zur Behebung des Krankheitszustands ihres Sohnes beizutragen. Eine Geldleistung konnten sie von ihrem Sohn dafür nicht verlangen.

SG Darmstadt, Gerichtsb. v. 06.01.2023 - S 8 KR 153/20 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 09.09.2025 - B 3 KR 13/25 AR - juris verwarf die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision als unzulässig.

b) Schulbegleitung bei schlecht beherrschbarer Diabeteserkrankung

SG Bremen, Beschluss v. 05.08.2025 - S 61 KR 115/25 ER

RID 25-04-51

www.juris.de
SGB V § 37; SGB IX §§ 13, 14 II 1; SGB I § 43 I; SGG § 86b II

Leitsatz: Anspruch auf **Schulbegleitung** bei schlecht beherrschbarer Diabeteserkrankung. Vorläufiger Anspruch im Eilverfahren bei Zuständigkeitsstreit zweier Träger aus **Zuständigkeit des erstangegangenen Trägers** (hier: § 14 SGB IX).

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. vorläufig Leistungen der Schulbegleitung während der Dauer des Schulbesuches zu gewähren, befristet auf den Zeitraum 16.08.2025 bis 31.07.2026, längstens jedoch bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache.

2. Erstattung von Fahrtkosten bis zum neu begründeten Wohnsitz in einem Pflegeheim

LSG Bayern, Urteil v. 15.07.2025 - L 5 KR 215/23

RID 25-04-52

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 60 II 1 Nr. 1

Leitsatz: Versicherte haben **nach einer stationären Krankenhausbehandlung** Anspruch auf **Erstattung der Fahrtkosten** bis zu ihrem zwischenzeitlich erstmals in einem Pflegeheim **neu begründeten Wohnsitz**.

SG München, Urt. v. 08.05.2023 - S 3 KR 906/22 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, das **LSG** wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass von der Klageforderung eine Zuzahlung von 10 € in Abzug zu bringen ist.

VII. Angelegenheiten der Krankenhäuser

Nach BSG, Urt. v. 29.10.2025 - **B 1 KR 4/24 R** - ist die in der Sozialgerichtsbarkeit richterrechtlich entwickelte, von der Kl. erhobene **Normenfeststellungsklage** gegen die untergesetzlichen Normen der Zentrums-Regelungen des bekl. GBA **unzulässig**. Eine solche im Sozialgerichtsgesetz nicht ausdrücklich geregelte Normenfeststellungsklage ist zur Gewährleistung der Rechtsschutzgarantie des Art. 19 Abs. 4 GG als Feststellungsklage nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG ausnahmsweise zuzulassen, wenn die Normbetroffenen ansonsten keinen effektiven Rechtsschutz erreichen können. Dies ist der Fall, wenn die Wirkung der Norm ohne anfechtbare Vollzugsakte eintritt („self-executing“-Norm) oder wenn es dem Betroffenen nicht zuzumuten ist, auf den Rechtsschutz gegen Umsetzungsakte verwiesen zu werden. Eine Normenfeststellungsklage gegen die Zentrums-Regelungen ist danach unzulässig, **wenn die zuständige Landesbehörde das Krankenhaus weder als Zentrum bestimmt noch zugesichert hat, dass eine Anerkennung als Zentrum erfolgt**, wenn die angegriffene Zentrums-Regelung im Sinne der Klage geändert wird. So liegt der Fall hier. Die Kl. wird durch die von ihr angegriffene Zentrums-Regelung nicht unmittelbar und gegenwärtig in eigenen Rechten betroffen. Sie begehrt vielmehr eine zusätzliche finanzielle Vergünstigung, die von weiteren, noch nicht zu ihren Gunsten entschiedenen Voraussetzungen abhängt. Sowohl die Befreiung vom Fixkostendegressionsabschlag als auch die Vereinbarung von Zentrumszuschlägen setzen voraus, dass die Krankenhausplanungsbehörde nach dem Landesrecht zu ihren Gunsten eine Zentrumsbestimmung vorgenommen hat, an der es hier fehlt. Auch eine Zusicherung liegt nicht vor. Nach BSG, Urt. v. 29.10.2025 - **B 1 KR 11/24 R** - gilt für den Anspruch

auf Vergütung der Trägerin eines als Fachklinik für Neurologie zugelassenen Krankenhauses und eines Neurologischen Rehabilitationszentrums für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene der von ihr im Rahmen des Versorgungsauftrages erbrachten Krankenhausbehandlungen der in der Entgeltvereinbarung 2016 vereinbarte Tagessatz. **Es kommt nicht darauf an, ob alle Voraussetzungen einer der in § 10 Entgeltvereinbarung 2016 bezeichneten Operationen- und Prozedurenschlüssel erfüllt waren.** Der Senat war hier an die davon abweichende Auslegung des LSG nicht gebunden und hat die Entgeltvereinbarung 2016 unter Berücksichtigung der Ermächtigungsgrundlage (§ 17b Abs. 1 S. 10 KHG, § 6 Abs. 1 S. 1 Alt. 2, § 11 Abs. 1 KHEntgG), dem Wortlaut und dem Regelungssystem, in das die Entgeltvereinbarung 2016 eingebunden ist, selbst ausgelegt. Nach dem genannten Rechtsrahmen schränkt die Anerkennung eines Krankenhauses als besondere Einrichtung dessen Versorgungsauftrag nicht ein. Das Krankenhaus oder Teile des Krankenhauses werden als besondere Einrichtung **lediglich von der Vergütung nach Fallpauschalen ausgenommen.** An die Stelle der Vergütung nach Fallpauschalen tritt die **Entgeltvereinbarung.** In dieser sind Entgelte für alle vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen der besonderen Einrichtung zu vereinbaren. Der Anspruch der Kl. auf Vergütung scheidet aber daran, dass im Krankenhaus **keine Krankenhausbehandlung erbracht** wurde. § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V betont als Kennzeichen einer Krankenhausbehandlung die ärztliche und pflegerische Hilfeleistung, wobei die intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung bei der Krankenhausbehandlung im Vordergrund steht und die Pflege in aller Regel untergeordnet ist. Nach den Feststellungen des LSG wurden zur Behandlung der Versicherten im Wesentlichen Heilmittel eingesetzt und waren die ärztlichen Leistungen von gänzlich untergeordneter Bedeutung. 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 100II** 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 **Beatmungsnötigkeit** 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 **PrüfvV 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 PrüfvV 2014. Zudem sind auch innerhalb der Fünf-Monatsfrist nach Einleitung des Prüfverfahrens **Korrekturen** und Ergänzungen von Datensätzen nach § 7 Abs. 5 S. 1 PrüfvV 2014 **nur einmalig möglich.** Nach BSG, Urt. v. 16.07.2025 - **B 1 KR 18/24 R** - ist § 7 Abs. 5 PrüfvV 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 PrüfvV 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 **Verwaltungsaktsbefugnis** 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 Ordnungsgeber durfte sich aufgrund seines weiten methodischen und inhaltlichen Gestaltungsspielraums der Methode des personalasoziierten 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 Behandlungunterlagen des Krankenhauses unterlagen ebenso wie das darauf gestützte gerichtliche Sachverständigen Gutachten 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. **Kurzliegerabschlag**. 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 (**Kurzliegerabschlag**) 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 Kurzliegerabschlag nur für „nicht verletzte 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 Kurzliegerabschlag 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 **Kurzliegerabschlag nicht auf das aufnehmende Krankenhaus erstreckt**. Das Ergebnis des Groupierungsvorgangs 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 Abschläge 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) Vollstationäre statt ambulante Behandlung: AOP-Katalog

aa) Begründung der Erforderlichkeit

SG Karlsruhe, Gerichtsbescheid v. 19.09.2025 - S 5 KR 2723/23

RID 25-04-53

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 109 IV 3, 115b, 301

Leitsatz: Fordert ein Krankenhaus Vergütung für eine **vollstationäre Behandlung**, die **regelmäßig ambulant** durchgeführt werden kann, und lassen weder die Hauptdiagnose noch die OPS-Ziffern ohne weiteres den Schluss zu, die Behandlung sei abweichend von der Regel stationär erforderlich gewesen, so muss das Krankenhaus schon von sich aus **ergänzende Angaben** dazu machen, warum die Ärzte dennoch ausnahmsweise eine vollstationäre Behandlung für notwendig erachteten. Die medizinische Begründung des Krankenhauses muss zutreffend, vollständig und konkret sein und darf nicht bloß formelhaft oder unsubstantiiert ausfallen. Nur wenn es aufgrund der Angaben des Krankenhauses zumindest möglich erscheint, dass eine vollstationäre Behandlung erforderlich war, wird die Vergütungsforderung fällig.

Das **SG** wies die Klage ab.

bb) Katalog ambulant durchführbarer Operationen: Fallindividuelle Begründung

SG Detmold, Urteil v. 07.10.2025 - S 32 KR 358/25

RID 25-04-54

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 798/25 KH -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 115b I, 275c I, 301 I

Wird ein Eingriff durchgeführt, der im **Katalog ambulant durchführbarer Operationen** gelistet ist, ist - soweit Kontextfaktoren nicht einschlägig sind - eine **fallindividuelle Begründung** für den stationären Aufenthalt erforderlich. Dieser Begründungspflicht kommt ein Krankenhaus nach, wenn die **Begründung** Bezug nimmt auf die individuellen Vor- und Begleiterkrankungen des Versicherten, auf die risikoerhöhende Medikation und die durch den Anästhesisten vorgenommene Risikoklassifizierung nach dem ASA-Klassifizierungssystem (Die Klassifikation der American Society of Anesthesiologists).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 2.656,55 € nebst Zinsen zu zahlen.

cc) Ausreichende Begründung für stationäre Erbringung einer AOP-Leistung

SG Düsseldorf, Urteil v. 29.07.2025 - S 11 KR 31/25 KH

RID 25-04-55

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109, 115b, 301

Die Fälligkeit der Abrechnung von **AOP-Leistungen**, für die kein Kontextfaktor gem. § 8 Abs. 1 und 2 AOP-Vertrag übermittelt werden, setzt in jedem Fall eine **fallindividuelle Begründung** der stationären Aufnahme voraus. Eine medizinische Begründung liegt vor, wenn nicht nur allgemein auf eine bestehende Nachblutungs- und Hämatomgefahr hingewiesen, sondern näher begründet wird, weshalb eine stationäre Überwachung über 24 Stunden bei einer solchen vorliegenden Gefahr erforderlich ist.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.752,36 € nebst Zinsen zu zahlen

b) Reduzierung der Behandlungsdauer nicht erlösrelevant

SG Düsseldorf, Urteil v. 24.03.2025 - S 27 KR 2756/23 KH

RID 25-04-56

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Zulässig ist die **Aufrechnung**, wenn im Zeitpunkt ihrer Erklärung die Forderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht fristgemäß bestritten wird. Bestreiten erfordert ein aktives Bestreiten des Krankenhauses, ein Schweigen genügt nicht.

Ist die **Reduzierung der Behandlungsdauer** um einen Belegungstag **nicht erlösrelevant** (hier: Abrechnung des OPS-Codes 8-981.33 anstatt OPS-Codes 8-981.32), bleibt der Vergütungsanspruch bestehen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 2.220,25 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Nichtbeachtung von Dokumentationsanforderungen zur Qualitätssicherung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 12.06.2025 - L 6 KR 102/20

RID 25-04-57

www.juris.de

KHEntgG § 6 II; SGG § 128 I

Leitsatz: Im Rahmen der **richterlichen Beweiswürdigung** im Einzelfall sind aus einer etwaigen Nichtbeachtung von Dokumentationsanforderungen wegen ihres grundsätzlich anderen Regelungszwecks (**Qualitätssicherung**) keine zwingenden Rückschlüsse auf ein tatsächliches Behandlungsgeschehen zu begründen.

Im Oktober 2017 stellte die Kl. der Bekl. die Behandlung mit insgesamt 34.333,05 € in Rechnung, darunter u.a. die Applikation von Pembrolizumab (Handelsname: Keytruda®) je 50 mg Flasche mit insgesamt 16 Zusatzentgelten. Die Bekl. glich den Rechnungsbetrag zunächst vollständig aus. Der mit der Abrechnungsprüfung beauftragte MDK vertrat die Auffassung, die Therapie sei bezüglich Indikation und Dosierung bei Erstlinientherapie plausibel. Die zur Verfügung gestellten Unterlagen dokumentierten aber nur die Anforderung von Zytostatika durch einen Arzt. Die tatsächliche Verabreichung sei nicht belegt; die Therapiepläne enthielten weder Einträge zur Applikationszeit noch eine ärztliche Unterschrift. Auf der Patientenkurve befanden sich ebenfalls keine Handzeichen, eine pflegerische Dokumentation liege nicht vor. Im Mai 2018 teilte die Bekl. der Kl. das Begutachtungsergebnis mit: Der OPS 6-009.3 und das dazugehörige Zusatzentgelt seien nicht ausreichend belegt und könnten deshalb nicht anerkannt werden. Den - insoweit unstreitigen - Erstattungsanspruch bezifferte die Bekl. mit 32.189,21 € und rechnete gegenüber anderen unstreitigen Vergütungsforderungen der Kl. auf. Ein Nachverfahren lehnte sie ab. **SG Rostock**, Urt. v. 17.09.2020 - S 11 KR 278/18 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung, das **LSG** wies die Berufung zurück.

d) Versorgung mit dem Medizinprodukt VasQ-Device (externes Stabilisierungsgerüst)

SG Hamburg, Urteil v. 19.08.2024 - S 56 KR 1898/20

RID 25-04-58

www.juris.de

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 39137c III

Ein Anspruch auf die Versorgung mit dem **VasQ-Device** (Medizinprodukt, ein externes Stabilisierungsgerüst) bestand nicht auf der Grundlage einer Richtlinie des GBA. Die Verwendung des VasQ-Devices als Anastomosenstabilisator genügte im Behandlungszeitpunkt nicht den allgemeinen

Qualitätsanforderungen des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V und entsprach auch nicht dem Maßstab der grundrechtsorientierten Leistungsauslegung nach § 2 Abs. 1a SGB V.

Für die Versorgung mit dem VasQ-Device kann ein Vergütungsanspruch jedoch aus § 137c Abs. 3 SGB V auf **Grundlage des Potentialmaßstabs** abgeleitet werden. Die terminale Niereninsuffizienz ist eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung. Als Anastomosenstabilisator stand nur das streitgegenständliche VasQ-Device zur Verfügung

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.487,41 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Verjährung einer Restforderung aus einer Krankenhausbehandlung im November 2018

SG Halle, Urteil v. 07.05.2025 - S 22 KR 352/22

RID 25-04-59

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 14/25 R

www.juris.de

SGB V §§ 39, 69 I 3, 109 IV; KHEntgG §§ 7, 9; KHG § 17b; BGB §§ 203, 212 I Nr. 1, 362 I, 814

Eine Restforderung aus einer **Krankenhausbehandlung im November 2018**, welche die Krankenkasse zunächst unter Vorbehalt begleicht und im Juni 2019 (teilweise) gegen einen unstreitigen Vergütungsanspruch aufrechnet, ist zum Zeitpunkt der Klageerhebung im Dezember 1922 **verjährt**. Nach § 109 Abs. 5 S. 1 SGB V verjähren Ansprüche auf Vergütung der Krankenhäuser seit der Gesetzesänderung im Jahr 2018 in zwei Jahren, nach dem die Ansprüche entstanden sind. Ein im Jahr 2019 entstandener Vergütungsanspruch der Krankenkasse gegenüber der dem Krankenhaus verjährt damit mit Ablauf des 31.01.2021.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. Prüfvereinbarung

a) Nachforderungen eines Krankenhauses ohne weiteres Prüfverfahren

SG Altenburg, Urteil v. 23.06.2025 - S 23 KR 1103/23

RID 25-04-60

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

KHG § 17c IIa

Leitsatz: § 17c Abs. 2a KHG schließt weder nach seinem Wortlaut noch nach seinem Ziel **Nachforderungen eines Krankenhauses** aus, welche auf einer im Wesentlichen unveränderten Datenbasis im Sinne des § 301 SGB V beruhen. Erfordert die Geltendmachung einer Nachforderung für stationär erbrachte Leistungen eines Krankenhauses keine erneute Prüfung der nach § 301 SGB V übermittelten und bereits aufgrund einer vorhergehenden Schlussrechnungslegung bestätigten Daten und Leistungen, liegt kein Anwendungsfall des § 17c Abs. 2a KHG vor.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Vorgeschaltetes Erörterungsverfahren

SG Bremen, Urteil v. 16.09.2025 - S 55 KR 113/23 KH

RID 25-04-61

Sprungrevision zugelassen

www.juris.de

SGB V § 275c I; KHG § 17c

Bei dem **Erfordernis des vorgeschalteten Erörterungsverfahrens** handelt es sich um eine von Amts wegen zu prüfende besondere **Prozessvoraussetzung**. Ein Sachurteil darf nur ergehen, wenn die Erörterung stattgefunden hat. Das Fehlen führt zur Unzulässigkeit der Klage. Beweispflichtig für die Durchführung des Erörterungsverfahrens ist die Kl. Es reicht nicht aus, das Erörterungsverfahren nur der äußeren Form nach durchlaufen zu lassen, ohne dass es eine einzelfallbezogene Diskussion gibt.

Das *SG* wies die Klage der Krankenkasse gegen die bekl. Krankenhausträgerin ab.

c) Ausschluss erst im Klageverfahren vorgelegter Unterlagen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.01.2024 - L 16 KR 104/22 KH

RID 25-04-62

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Ein Krankenhaus ist mit erst im Klageverfahren vorgelegten Unterlagen gem. § 7 Abs. 2 S. 4 bis 6 PrüfvV 2016 präkludiert. Es handelt sich um eine **materielle Präklusionsregelung** mit der Rechtsfolge, dass Unterlagen, die der MDK im Rahmen eines ordnungsgemäßen Prüfverfahrens angefordert, das Krankenhaus aber nicht innerhalb der Frist von acht Wochen vorgelegt hat, auch in einem späteren Gerichtsverfahren nicht mehr zur Begründung des Vergütungsanspruchs berücksichtigt werden dürfen. Die präkludierten Unterlagen sind als Beweismittel endgültig ausgeschlossen.

SG Köln, Urt. v. 27.01.2022 - S 23 KR 808/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 24.07.2025 - B 1 KR 38/24 B - juris - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

d) Präklusion einer hilfsweise geltend gemachten Nebendiagnose

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 21.08.2025 - 111

RID 25-04-63

Revision anhängig: B 1 KR 20/25 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 301; KHG § 17c IIa 1; PrüfvV § 7 V

Leitsatz: 1. Ein Krankenhausträger kann auch eine **Nebendiagnose**, die er nur hilfsweise geltend macht, nach Ablauf der Präklusionsfrist des § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 **nicht mehr nachkodieren**, wenn die zu ersetzende Nebendiagnose **Gegenstand des Prüfverfahrens** war.

2. **Keine teleologische Reduktion** der Präklusionsregelung, wenn der Medizinische Dienst im gerichtlichen Verfahren seine Auffassung dahingehend ändert, dass die hilfsweise geltend gemachte Nebendiagnose korrekt ist.

SG Speyer, Urt. v. 17.12.2023 - S 15 KR 402/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.208,74 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

e) Einleitung eines Prüfverfahrens zur Frage der Kodierbarkeit eines Zusatz-Entgeltes

SG Düsseldorf, Urteil v. 14.01.2025 - S 11 KR 1768/22 KH

RID 25-04-64

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 301

Grundsätzlich handelt es sich bei der Frage der **Kodierbarkeit eines Zusatz-Entgeltes** nicht um eine Rechtsfrage, die keiner **Einleitung eines Prüfverfahrens** bedarf.

Verlangt die Krankenkasse weitergehende **medizinische Informationen**, aus welchem Grund eine MRD (molekulares Monitoring der Resttumorlast: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern) vorgenommen worden ist bzw. ob eine entsprechende Studienteilnahme vorgelegen hat, geht es um die medizinische Begründung für die Maßnahme. Dies stellt indes eine medizinische Frage dar, die nicht mehr der Laiensphäre der ersten Stufe des Prüfverfahrens zugeordnet ist, sondern für deren Beurteilung es **der Einschaltung des Medizinischen Dienstes** unter Würdigung der gesamten oder von Auszügen aus der Patientenakte bedarf.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.320 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Fallpauschalen

a) Herausnahme der Einrichtungen für Schwerbrandverletzte aus pauschalierendem Entgeltsystem

LSG Hessen, Urteil v. 30.10.2025 - L 8 KR 191/24

RID 25-04-65

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG §§ 6 I, 7 I, 11; KHG §§ 17b, 18 II

Leitsatz: 1. § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG i.V.m. § 1 Abs. 5 der zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene geschlossenen Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (hier VBE

von 2017) ermöglicht es, **Einrichtungen für Schwerbrandverletzte** aus dem pauschalierenden Entgeltsystem **auszunehmen**. Das Tatbestandsmerkmal „organisatorisch abgrenzbarer Teil eines Krankenhauses“ in § 1 Abs. 5 VBE 2017 setzt hierbei nicht voraus, dass die für die Behandlung Schwerbrandverletzter vorgehaltenen besonderen Räumlichkeiten oder das hierfür ausgebildete Personal ausschließlich für die Behandlung Schwerbrandverletzter eingesetzt werden.

2. Konkretisieren die **Vertragsparteien** nach § 11 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 KHG die **Kriterien**, anhand derer die Zuordnung der Behandlung schwerbrandverletzter Patienten zum krankenhausindividuell vereinbarten tagesbezogenen Entgelt erfolgt, sind die getroffenen Festlegungen für die Vertragsparteien bindend. Eine hiervon abweichende, zusätzliche Voraussetzungen aufstellende Handhabung durch die an der Vereinbarung beteiligten Leistungsträger ist nicht zulässig.

SG Kassel, Urt. v. 28.02.2024 - 2 KR 550/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 24.222,95 € nebst Zinsen zu zahlen; das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Ausschluss der geltend gemachten Hauptdiagnose bei nicht abschließend geklärter Alternative

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 13.08.2025 - L 6 KR 71/24

RID 25-04-66

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Ergeben im Prüfverfahren vorliegende Diagnosen alternativ einen notwendigen Ausschluss der geltend gemachten **Hauptdiagnose**, hat diese für die Abrechnung auch dann keinen Bestand, wenn die zutreffende **Alternative** nicht endgültig geklärt ist, aber jedenfalls nur den im Prüfverfahren ermittelten Abschlag stützen kann.

SG Halle, Urt. v. 18.09.2024 - S 30 KR 7261/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 5480,53 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

c) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

aa) Basisprozedur: Mindestmerkmal „täglich mindestens eine Visite“

LSG Hessen, Urteil v. 25.07.2024 - L 1 KR 248/22

RID 25-04-67

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Das von OPS 8-98f (Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung <Basisprozedur>) geforderte **Mindestmerkmal „täglich mindestens eine Visite“** ist nicht erfüllt, wenn innerhalb des Behandlungszeitraums an einem einzigen Tag keine **Intensivmediziner-Visite** durchgeführt wird.

SG Gießen, Urt. v. 18.08.1022 - S 5 KR 419/21 - juris verurteilte die Bekl. zur Zahlung des verrechneten Betrages nebst Zinsen. Das *LSG* wies die Klage ab, *BSG*, Beschl. v. 12.06.2025 - B 1 KR 57/24 B - juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

bb) Verfügbarkeit von Physiotherapieleistungen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.07.2025 - L 5 KR 5/23 KH

RID 25-04-68

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Eine tägliche **Verfügbarkeit von Physiotherapieleistungen** zur Abrechnung des OPS-Kode 8-98f.11 als Strukturmerkmal ist allein nach der allgemeinen Organisations- und Dienststruktur des Krankenhauses zu beurteilen. Das Merkmal knüpft ausdrücklich an die abstrakt-generelle Möglichkeit zur Erbringung von Physiotherapieleistungen im Sinne einer generellen Disponibilität und organisatorischen Vorhaltung an und damit gerade nicht an die tatsächliche Inanspruchnahme von Physiotherapieleistungen und/oder die Begründung der Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme entsprechender Leistungen. Es bedarf daher keiner medizinischen Begründung für ein Aussetzen der Physiotherapie.

SG Düsseldorf, Urt. v. 30.11.2022 - S 15 KR 353/22 KH - verurteilte die Bekl., an die Kl. 16.363,16 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Benennung der Vertreter der Berufsgruppen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.05.2025 - L 16 KR 71/23

RID 25-04-69

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Eine **namentliche Benennung der Vertreter der Berufsgruppen** ist für die Erfüllung des OPS-Codes 8-550.1 (**Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**, Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) zumindest ab dem Jahr 2019 nicht mehr erforderlich.

SG Berlin, Ur. v. 16.01.2023 - S 91 KR 1972/20 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.214,30 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Begriff „Revision“ (Revision eines vaskulären Implantats)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.12.2024 - L 4 KR 264/22

RID 25-04-70

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Zum Inhalt des medizinischen Begriffs „Revision“.

SG Frankfurt (Oder), Ur. v. 17.10.2018 - S 21 KR 273/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.152,37 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

f) Kodierung des akuten prärenal Nierenversagens

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 17.07.2025 - L 6 KR 86/22

RID 25-04-71

www.juris.de

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

Leitsatz: Zur Kodierung des **akuten prärenal Nierenversagens** im Jahr 2019.

SG Rostock, Ur. v. 15.09.2022 - S 11 KR 203/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

g) Operationen am Zwerchfell: Inzision (Zwerchfellspaltung)

SG Hamburg, Urteil v. 22.09.2025 - S 59 KR 2565/21

RID 25-04-72

www.juris.de

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

Im Rahmen der Kodierung des OPS 5-347.0 - **Operationen an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell**: Operationen am Zwerchfell: Inzision (Zwerchfellspaltung) - zusätzlich zum OPS 5-031.5 - **Zugang zur Brustwirbelsäule: BWS, transpleural** - ist dem spezifischen Umstand Rechnung zu tragen, dass auch der erste Lendenwirbelkörper mit in die Operation einzubeziehen ist, weil dieser nur aufgrund seiner anatomischen Lage, aber nicht durch den transpleuralen Zugang, sondern nur durch einen weiteren Zugangsweg erreicht werden kann, für den vorliegend die Zwerchfellspaltung als separate Prozedur gewählt wurde.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.670,66 € nebst Zinsen zu zahlen.

h) Plausibilität einer Kodierung der Diagnosen „Mangelernährung“ und „Kachexie“

SG Bremen, Gerichtsbescheid v. 27.10.2025 - S 8 KR 47/22 KH

RID 25-04-73

www.juris.de

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

Leitsatz: Zur **Plausibilität einer Kodierung der Diagnosen E43 und R64** auf der ersten Prüfstufe.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. Zinsen in Höhe von drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf einen Betrag von 20.051,67 € vom 11.05.2022 bis zum 10.06.2022 zu zahlen.

i) Beatmungsstunden: Intermittierende Einsatz einer BIPAP-Therapie

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 08.07.2025 - L 10 KR 134/22

RID 25-04-74

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Der intermittierende Einsatz einer BIPAP-Therapie (nur) bei akuter psychischer oder physischer Belastung ist nicht geeignet, eine Gewöhnung an eine BIPAP-Maskenbeatmung i.S.d. Rechtsprechung des BSG zu begründen. In einem solchen Fall können die **Zeiten zwischen den apparativen Einsatzzeiten** der BIPAP-Therapie nicht als **Beatmungsstunden** i.S.d. DKR (2014) 10011 bewertet werden.

SG Schleswig, Urt. v. 19.10.2022 - S 25 KR 859/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 8.154,27 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

j) Zeit eines intraoperativen neurophysiologischen Monitorings

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 18.09.2025 - L 6 KR 107/22

RID 25-04-75

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Zu der **Zeit eines intraoperativen neurophysiologischen Monitorings** nach OPS 8-925 zählt jedenfalls nicht eine **Lücke** zwischen der letzten Monitoringaufzeichnung und der Abnahme der Elektroden, in der der Umstand und die Notwendigkeit von Aufzeichnungen nicht festzustellen ist.

SG Halle, Urt. v. 20.10.2022 - S 8 KR 5466/19 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung. Das *LSG* wies die Klage ab.

k) Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation (ZE 126)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.08.2025 - L 10 KR 94/23 KH

RID 25-04-76

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Eine **autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation** i.S.d. ZE 126 liegt vor. Die Durchführung der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation als solcher unterliegt keinen durchgreifenden Bedenken. Dass das dabei eingesetzte Arzneimittel H. lediglich über eine Genehmigung durch das Paul-Ehrlich-Institut nach § 4b Abs. 3 AMG verfügte, begründet keinen Verstoß gegen das krankenversicherungsrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot. Ein solcher folgt auch nicht daraus, dass mit C. ein Arzneimittel zur Verfügung stand, das über eine Zulassung durch die EMA verfügte.

SG Duisburg, Urt. v. 08.12.2022 - S 17 KR 1989/21 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.647,39 € nebst Zinsen zu zahlen; das *LSG* wies die Berufung zurück.

4. Mindestmengenregelung

a) Erforderlichkeit einer Anhörung

SG Nürnberg, Beschluss v. 24.01.2025 - S 14 KR 501/24 ER

RID 25-04-77

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b; SGB X § 24; SGG § 86b I Nr. 2

Durch die **Widerlegung der Mindestprognose** und dem damit eingehenden Bewirkungsverbot von Leistungen für die thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen im Jahr 2025 zulasten der GKV greift der Bescheid in die Rechte der Ast. massiv ein, so dass nach § 24 Abs. 1 SGB X eine **Anhörung** erforderlich ist.

Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage v. 25.10.2024, Az. S 14 KR 410/24, gegen den Bescheid der Ag. v. 26.09.2024 hinsichtlich der Widerlegung der Mindestmengenprognose für die thoraxchirurgischen Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen im Jahr 2025 an.

b) Anhörung/Zusammenfassender Bescheid

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 18.09.2024 - L 11 KR 107/24 KH B ER **RID 25-04-78**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 136b V; SGG § 86b I 1 Nr. 2; SGB X § 24

Vor einer Entscheidung zur Widerlegung der Mindestmengenprognose ist der Krankenhausträger **anzuhören**. Es kommt dabei nicht darauf an, dass sich die Verbände auch über das Anhörungsverfahren im Einzelnen verständigen, solange sichergestellt ist, dass die vom Krankenhausträger vorgetragene Argumente vor der Entscheidung nach § 136b Abs. 5 S. 6 SGB V allen Verbänden zur Kenntnis gelangt sind.

Es kann dahingestellt bleiben, ob dem BSG darin zuzustimmen ist, dass die Kassenverbände aufgrund des Verbots der Mischverwaltung jeweils für sich in getrennten Verwaltungsakten über die Widerlegung der Prognose entscheiden müssen (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 25.03.2021- B 1 KR 16/20 R - BSGE 132, 55 = SozR 4-2500 § 136b Nr. 1, juris Rn. 14), oder ob jedenfalls dann, wenn der (der Forderung des § 5 Abs. 7 Mm-R entsprechende) Einigungsmechanismus des § 211a S. 1 SGB V konsensual erfolgt, nicht auch der Erlass eines – gesetzlich geforderten – einheitlichen Verwaltungsaktes möglich ist. Denn jedenfalls bestehen auch aus Sicht des BSG keine Bedenken, gleichlautende Entscheidungen der Verbände **in einem Bescheid zusammenzufassen** (ebs. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 29.02.2024 - L 5 KR 1/24 ER-B - juris Rn. 55 m.w.N., RID 24-02-43).

SG Duisburg, Beschl. v. 07.02.2024 - S 54 KR 2484/23 ER K - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das **LSG** wies die Beschwerde der Ast. zurück.

c) Klage eines konkurrierenden Krankenhauses gegen die Ausnahmegenehmigung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 04.11.2025 - L 11 KR 3141/25 ER-B **RID 25-04-79**
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 136b; SGG §§ 86a, 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. § 136b Abs. 5a Satz 2 SGB V entfaltet **keine drittschützende Wirkung**.

2. Eine von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde erteilte **Ausnahmegenehmigung** nach § 136b Abs. 5a Satz 2 SGB V zugunsten eines Krankenhauses, dessen **Mindestmengenprognose** zuvor durch die Krankenkassenverbände widerlegt worden ist, ist mangels Antragsbefugnis nicht durch ein Krankenhaus **anfechtbar**, dessen Mindestmengenprognose nicht widerlegt wurde.

3. Die **Klage** des konkurrierenden Krankenhauses gegen die Ausnahmegenehmigung hat **keine aufschiebende Wirkung**.

SG Stuttgart, Beschl. v. 18.09.2025 - S 5 KR 3791/25 ER - juris stellte fest, dass die Klage der Ast. (S 5 KR 3792/25) gegen den Bescheid v. 19.12.2024 aufschiebende Wirkung hat, und lehnte den Antrag im Übrigen (insb., den Ag. zum Erlass einer Anordnung zu verpflichten, mit der der Beigel. verpflichtet wird, die aufschiebende Wirkung der Klage der Ast. zu beachten) ab. Das **LSG** lehnte auf Beschwerde der Ag. den Antrag der Ast. auf Feststellung bzw. Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage S 5 KR 3792/25 gegen den Bescheid v. 19.12.2024 ab.

d) Rechtsweg: Streitigkeiten über Entscheidungen nach § 136b Abs. 5a S. 2 SGB V

VGH Baden-Württemberg, Beschluss v. 15.08.2025 - 13 S 840/25 **RID 25-04-80**
www.juris.de
VwGO § 40 I 1; SGG § 71 I Nr. 2; GVG § 17a II 1; SGB V § 136b I 1 Nr. 2, V 1

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 Mindestmengenvorgaben (Ausnahmeentscheidung)** ist gemäß § 51 Abs. 1

Nr. 2 SGG der **Rechtsweg zu den Sozialgerichten** gegeben (wie BVerwG, Beschl. v. 12.05.2025 - 3 B 1.25 - juris Rn. 5, 10). Dies gilt auch dann, wenn die Ausnahmeentscheidung nach § 136b Absatz 5a Satz 2 SGB V im Rahmen eines Änderungsbescheids erlassen wurde, der sich auch auf Vorschriften des Krankenhausplanungsrechts stützt.

VG Stuttgart, Beschl. v. 17.04.2025 - 16 K 1546/25 - sah den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für eröffnet, der *VGH* wies die Beschwerde des Bekl. zurück.

5. Vorläufige Erteilung einer Bescheinigung des MDK über Einhaltung von OPS-Strukturmerkmalen

LSG Sachsen, Beschluss v. 03.07.2025 - L 1 KR 62/25 B ER

RID 25-04-81

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275d

Leitsatz: 1. Die im Rahmen von einstweiligem Rechtsschutz begehrte Verpflichtung der Krankenkasse, vorläufig eine Bescheinigung über die Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d Abs. 2 Satz 2 SGB V (in der bis zum 11.12.2024 geltenden Fassung = a.F., ab 12.12.2024: § 275a Abs. 6 Satz 3 SGB V) zu erteilen, stellt eine **Vorwegnahme der Hauptsache** dar.

2. Das „Vorhandensein“ einer der im **OPS-Kode 8-550** genannten Therapiebereiche setzt voraus, dass ein entsprechend **qualifizierter Mitarbeiter** dauerhaft, regelmäßig und nicht nur vorübergehend tatsächlich auf Station zur Verfügung steht.

3. Die Erteilung einer **Bescheinigung** nach § 275d Abs. 2 Satz 2 SGB V a.F. setzt voraus, dass die **Strukturmerkmale** des zu prüfenden OPS bereits zum Zeitpunkt der Erteilung der Bescheinigung erfüllt sind. Die **Erwartung**, dass das Krankenhaus in der Zukunft in der Lage sein wird, die Strukturmerkmale zu erfüllen, ist nicht ausreichend.

4. Macht ein Krankenhaus geltend, ein Strukturmerkmal durch Abschluss einer **Kooperationsvereinbarung** zu erfüllen, so muss es die **tatsächliche Umsetzung** dieser Kooperationsvereinbarung nachweisen.

SG Dresden, Beschl. v. 20.02.2025 - S 30 KR 24/25 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

6. Aufwandspauschale: Verstoß gegen die Informationspflichten/Einschaltung des MDK

SG Düsseldorf, Urteil v. 30.01.2025 - S 27 KR 529/20

RID 25-04-82

Berufung zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 275 I c 3, 301

Ein Anspruch auf eine **Aufwandspauschale** scheidet aus, wenn das Prüfverfahren durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses veranlasst worden ist. Dies ist der Fall, wenn eine Anfrage der Krankenkasse unter **Verstoß gegen die Informationspflichten** nach § 301 SGB V nicht innerhalb der von der Krankenkasse gesetzten Frist beantwortet und damit nicht rechtzeitig eine medizinische Begründung zur Verweildauer gegeben wird.

Verletzt ein Krankenhaus fälligkeitsbegründende Informationspflichten, schließt dies nicht die Berechtigung der **Krankenkasse** aus, den Sachverhalt vorgerichtlich mit den ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten aufzuklären. Die Beauftragung des **MDK** dient gerade der vorprozessualen, möglichst einen Rechtsstreit vermeidenden Klärung von Sachverhalten. Eine Krankenkasse handelt danach nicht pflichtwidrig, wenn sie nach dem gescheiterten Verlangen einer medizinischen Begründung den MDK einschaltet, anstatt die Forderung nicht zu erfüllen oder nach Zahlung aufzurechnen.

Das *SG* wies die Klage ab.

VIII. Beziehung zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urf. v. 13.11.2025 - **B 3 KR 17/23 R** - setzt die **Aufnahme eines medizinischen Hilfsmittels (Motorbewegungsschiene)** im Sinne des § 33 Abs. 1 S. 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. Nach BSG, Urt. v. 13.11.2025 - **B 3 KR 4/24 R** - ist bei der Berechnung der **Festzuschüsse** nach § 5 Abs. 2 AMPPreisV auf **Rezepturarzneimittel** vom **Einkaufspreis** der üblichen Abpackung eines verwendeten Stoffes bzw. der erforderlichen Packungsgröße verwendeter Fertigarzneimittel auszugehen, selbst wenn bei der Zubereitung des Rezepturarzneimittels der Inhalt der üblichen Abpackung bzw. Packungsgröße nicht vollständig verbraucht wird.

Nach BSG, Urt. v. 13.03.2025 - **B 3 KR 8/23 R** - haben Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken zur **Versorgung mit parenteralen Zubereitungen** aus Fertigarzneimitteln nach § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V (i.d.F. bis 12.05.2017) eine die Leistungserbringung durch andere Apotheken ausschließende **Exklusivwirkung** (Festhalten an BSG, Urt. v. 25.11.2015 - B 3 KR 16/15 R - BSGE 120, 122 = SozR 4-2500 § 129 Nr. 11). Dieser Wirkung steht hier nicht entgegen, dass die anderen Apotheken, im Wege des sog. **Open-House-Verfahrens** beigetreten sind. Die **spätere Aufhebung der gesetzlichen Grundlage für Exklusivlieferverträge** entzieht der genannten Rspr. nicht rückwirkend die Grundlage. Nach BSG, Urt. v. 13.03.2025 - B 3 KR 9/23 R - haben **Einzelverträge** zwischen Krankenkassen und Apotheken zur **Versorgung mit parenteralen Zubereitungen** aus Fertigarzneimitteln nach § 129 Abs. 5 S. 3 SGB V (i.d.F. bis 12.05.2017 sowie der Übergangsregelung bis 31.08.2017) eine die Leistungserbringung durch andere Apotheken ausschließende **Exklusivwirkung**. Nach BSG, Urt. v. 13.03.2025 - **B 3 KR 16/23 R** - zielt der **gesetzliche Preiserhöhungsabschlag** bei Neueinführung eines Arzneimittels auf einen Preisstopp im Verhältnis zu bereits in Verkehr gebrachten Vergleichsarzneimitteln des pharmazeutischen Unternehmers, ohne dass es für das Eingreifen der Abschlagspflicht darauf ankommt, ob **nur ein Vergleichsarzneimittel oder mehrere Vergleichsarzneimittel** bei Neueinführung bereits in Verkehr gebracht worden waren. Waren - wie hier - bereits mehrere Arzneimittel, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Packungsgröße unter Berücksichtigung der Wirkstärke unterschiedslos am nächsten kommen, in Verkehr gebracht worden, ist als Vergleichspreis für die Abschlagsberechnung ein Durchschnittspreis zu bilden. Ein Vergleich nur mit dem geringsten oder höchsten Preis eines der Vergleichsarzneimittel vermöchte weder den gesamten Preisstand am 1. August 2009 abzubilden noch die mit dem Abschlag verfolgten Ziele einer Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und der angemessenen Beteiligung der pharmazeutischen Unternehmer an der Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu erreichen. Dass nach dem Leitfaden des Beklagten die Durchschnittspreisbildung allein nach dem **arithmetischen Mittelwert** der Preise der Vergleichsarzneimittel erfolgt und **nicht etwa auch deren mengenmäßige Gewichtung** vorsieht, hält sich im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung des Beklagten, das Nähere zum Preiserhöhungsabschlag zu regeln. **Verfassungsrecht** steht den Preiserhöhungsabschlägen nicht entgegen.

1. Apotheken

a) Retaxierung

aa) Abgabe eines nicht rabattierten Medikaments auf Wunsch der Versicherten

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 18.09.2025 - L 6 KR 73/22

RID 25-04-83

Revision zugelassen

www.juris.de

SGB V § 129; ApBetrO § 17

Leitsatz: 1. Der **Begriff der sonstigen Bedenken** i.S.v. § 17 Abs. 5 Satz 2 ApBetrO ist im Zusammenhang mit den Regelungen des Rahmenvertrags nach § 129 Abs. 2 SGB V weit zu verstehen, so dass hiervon auch patientenindividuelle bzw. erkrankungsspezifische Aspekte erfasst werden.

2. Solche müssen auf Grundlage des anerkannten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstands voll **nachgewiesen** werden. Im Wesentlichen durch die indikationsgerechte Anwendung des in Rede stehenden Alternativpräparats muss zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine zusätzliche behandlungsbedürftige Erkrankung bzw. behandlungsbedürftige Verschlimmerung einer bereits bestehenden Krankheit objektivierbar sein (siehe BSG, Urt. v. 03.07.2012 - B 1 KR 22/11 R - BSGE 111, 146 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 6, juris Rn. 18 ff.).

SG Halle, Urt. v. 10.5.2022 - S 17 KR 209/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

bb) Keine Substitution durch Rabattpräparate nach Ankreuzen des aut-idem-Feldes

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 18.09.2025 - L 6 KR 35/23

RID 25-04-84

Revision anhängig: B 3 KR 14/25 R

www.juris.de = A&R 2025, 276

SGB V §§ 73 V 2, 106b, 129

Leitsatz: Wenn der Vertragsarzt ein bestimmtes **Medikament** verordnet und dessen **Ersetzung ausdrücklich ausschließt**, trägt er nach § 106b SGB V zwar das Risiko einer Wirtschaftlichkeitsprüfung seiner Verordnungsweise. Der **Apotheker** muss dieser Verordnung jedoch entsprechen.

SG Magdeburg, Urt. v. 11.5.2023 - S 17 KR 32/21 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 5.172,03 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

b) Schiedsspruch: Apothekenzuschläge für parenterale Lösungen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.08.2025 - L 16 KR 423/22 KL

RID 25-04-85

Revision anhängig: B 3 KR 13/25 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 129

Der von der **Schiedsstelle** für die Zubereitung u.a. von **Zytostatika** festgesetzte, den Apotheken zu erstattende **Herstellungszuschlag** von 100 € ist rechtmäßig. Aus § 5 Abs. 6 AMPPreisV folgt keine Preisobergrenze. Die in der Arzneimittelpreisverordnung benannten Apothekenzuschläge für parenterale Lösungen stellen nur eine **Auffangregelung** dar und bilden **keine absolute Preisgrenze** für die Vereinbarung von Herstellungszuschlägen bzw. deren Festsetzung durch Schiedsspruch.

Die Schiedsstelle war im Hinblick auf die vorgelegten und sich widersprechenden Kostengutachten weder zu weiteren **Ermittlungen** verpflichtet noch hat sie das **Verfahren unfair** betrieben. Der angefochtene Schiedsspruch verstößt auch nicht gegen das **Wirtschaftlichkeitsgebot** bzw. das **Rückwirkungsverbot**.

Das *LSG* wies die Klage des GKV-Spitzenverbands gegen den Schiedsspruch der gemeinsamen Schiedsstelle (Bekl.) nach § 129 Abs. 8 SGB V v. 14.10.2022 ab.

2. Unbilligkeit eines Schiedsspruchs (außerklinischen Intensivpflege): Fehlende Kostenplausibilisierung

SG Karlsruhe, Urteil v. 10.09.2025 - S 9 KR 1877/24

RID 25-04-86

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 132a

Leitsatz: 1. Ein **Schiedsspruch** ist **unbillig**, wenn er von Beurteilungsfehlern durchsetzt ist oder die Schiedsperson ausweislich des Schiedsspruchs befangen war.

2. Die Schiedsperson muss nach der sogenannten 2-Stufen-Rechtsprechung des BSG auf einer **ersten Stufe prüfen**, ob der Leistungserbringer seine Kosten mit Belegen nachvollziehbar dargelegt bzw. plausibel gemacht hat.

3. Konnte der Leistungserbringer seine Kosten auf der ersten Stufe nicht plausibilisieren, kann – logisch konsequent – höchstens die von dem **Leistungsträger** im Schiedsverfahren **beantragte Vergütung** zugesprochen werden. Eine Schätzung der Kosten des Leistungserbringers verbietet sich. Denn damit würde man dem Leistungserbringer seine **Pflicht zur Kostenplausibilisierung** erlassen.

4. Rechnungsposten und Kalkulationen des Leistungserbringers sind dann **nicht plausibel gemacht**, wenn sich aus ihnen zahlreiche Unklarheiten, Unwahrheiten, Widersprüche sowie doppelt und dreifach angesetzte Rechnungsposten erkennen lassen.

5. Eine **Schiedsperson** ist dann **befangen**, wenn sich aus den Gründen des Schiedsspruchs ergibt, dass sie keine Schiedsentscheidung getroffen hätte, mit der der Leistungserbringer in nachhaltige finanzielle Schwierigkeiten geraten wäre. Gleichsam ist eine Schiedsperson befangen, wenn sie den Schiedsantrag der Leistungsträger polemisch als „unseriös“ und „prozesstaktisch“ oder den Betrieb der Leistungserbringer als höchst professionell betrieben und den Geschäftsführer als „sehr erfahrenen Geschäftsmann“ bezeichnet.

6. Eine **Unbilligkeit des Schiedsspruchs** befugt und verpflichtet das **Gericht** zu dessen Ersetzung.

7. Hat die **Schiedsperson** ihre **Aufklärungspflicht** über die notwendigen Belege nicht verletzt, so darf der Leistungserbringer die fehlenden Tatsachen (Plausibilisierung) auch in einem zweiten Schiedsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht mehr einbringen (Anschluss an BSG, Urt. v. 23.06.2016 - B 3 KR 26/15 R - BSGE 121, 243 = SozR 4-2500 § 132a Nr. 10).

8. Wenn einer der Beteiligten darlegungs- und beweisfällig bleibt, kann die **Schiedsperson** dennoch eine Entscheidung treffen, solange die Versicherten nicht Opfer der **Beweislastentscheidung** werden. Nichts anderes gilt für die Folgeentscheidung des Sozialgerichts.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer Schiedspruchersetzungsklage über die Höhe der Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege für den Zeitraum vom 01.01.2023 bis 30.06.2023. Die Kl. betreibt einen

ambulanten Pflegedienst, der sich seit seiner Gründung auf die Versorgung von minderjährigen Patienten mit Bedarf an häuslicher Krankenpflege in Gestalt einer spezialisierten Krankenbeobachtung spezialisiert. Die Kl. gehört zu einer Unternehmensgruppe, der Pflegedienste in verschiedenen Bundesländern angehören, die alle im Bereich der außerklinischen Intensivpflege tätig sind. Das **SG** wies die Klage ab. Auf die Widerklage der Bekl. hin ersetzte es den Schiedsspruch der Schiedsperson vom 03.06.2024 wie folgt: Für die Zeit vom 01.01.2023 bis zum 30.06.2023 wird die Vergütung für die 1:1 Versorgung der Versicherten in der Häuslichkeit der Versicherten mit einem Stundensatz in Höhe von 47,00 € festgesetzt. Für die Zeit vom 01.01.2023 bis zum 30.06.2023 wird die Vergütung für die 1:2 Versorgung der Versicherten in der Häuslichkeit der Versicherten mit einem Stundensatz in Höhe von 24,18 € festgesetzt.

IX. Beziehungen zu Krankenkassen

1. Ruhen des Leistungsanspruchs nur nach Hinweis auf Umfang der Einschränkung

LSG Bayern, Beschluss v. 06.10.2025 - L 5 KR 265/25 B ER

RID 25-04-87

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 15 VI, 16 IIIa, 291 I, 291a; KSVG § 16 II

Leitsatz: 1. Erforderlich, aber auch ausreichend ist der **konkrete Hinweis auf das vollständige Ruhen des Leistungsanspruchs** bei ausbleibender Beitragszahlung mit Ausnahme des Anspruchs auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und des Anspruchs auf Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

2. Das Erfordernis, bereits in der **Mahnung** auf den Umfang des eingeschränkten Leistungsanspruchs im Falle des Beitragsverzuges hinzuweisen, ergibt sich für die nach dem KSVG versicherten Personen unmittelbar aus den § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V i.V.m. mit § 16 Abs. 2 Satz 3 KSVG. Für Mitglieder der GKV folgt dieses Erfordernis aus der von § 16 Abs. 3a Satz 3 SGB V angeordneten entsprechenden Anwendung der vorgenannten Vorschriften, also auch unmittelbar aus dem Gesetz, wenn auch im Wege einer doppelten Verweisung.

3. Jede/r Versicherte hat gemäß §§ 15 Abs. 6 Satz 1, 291 Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf Ausstellung einer **(elektronischen) Gesundheitskarte**. Das Ruhen des Leistungsanspruchs berührt diesen grundsätzlich bestehenden Rechtsanspruch der/s Versicherten nicht. Um einen etwaigen Missbrauch der Gesundheitskarte vorzubeugen, kann die Kasse Angaben zum Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Abs. 3a SGB V gemäß § 291a Abs. 3 Nr. 3 auf der Karte eintragen (lassen).

SG Augsburg, Beschl. v. 24.07.2025 - S 10 KR 161/25 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs der Ast. gegen den Bescheid der Ag. an, das **LSG** wies die Beschwerde der Ag. zurück.

2. Anteilige Einnahme des Arzneimittels während späterer Rehabilitationsmaßnahme

SG Bremen, Urteil v. 02.07.2025 - S 56 KR 232/21 KH

RID 25-04-88

www.juris.de

SGB V §§ 31, 73 II 1 Nr. 7, 92 I 2 Nr. 6, 129 I 1; SGB X § 103 I

Leitsatz: Die Leistung einer Krankenkasse zur **Versorgung eines Versicherten mit Arzneimitteln** ist mit **Abgabe in der Apotheke** auf Verordnung eines Vertragsarztes hin erbracht und abgeschlossen. Hieran sowie an der Zuständigkeit der Krankenkasse ändert sich auch nachträglich bzw. rückwirkend nichts, falls der Versicherte das Arzneimittel später anteilig auch während einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der Rentenversicherung weiter einnimmt. Die Krankenkasse hat insoweit keinen Erstattungsanspruch gegenüber dem Rentenversicherungsträger.

Die Beteiligten streiten über das Bestehen von Erstattungsansprüchen der kl. Krankenkasse gegen den bekl. Rentenversicherungsträger wegen zu Lasten der Kl. an Versicherte abgegebener Arzneimittel, welche diese auch während seitens der Bekl. später erbrachten Rehabilitationsmaßnahmen weiter eingenommen haben. Das **SG** wies die Klage ab.

X. Verfahrensrecht/Streitwert

1. Bedenken hinsichtlich der Prozessfähigkeit: Vertreterbestellung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 06.10.2025 - L 5 KR 142/25 B

RID 25-04-89

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG §§ 71 I, 72 I

Ein betroffener Beteiligter ist hinsichtlich seiner **Prozessfähigkeit** i.S.d. § 71 Abs. 1 SGG **beweisbelastet** und gewichtige und nicht ausgeräumte Bedenken an der Prozessfähigkeit gehen insoweit zu seinen Lasten, jedenfalls dann, wenn alle Ermittlungsmöglichkeiten erschöpft sind.

Es bestehen **Bedenken hinsichtlich der Prozessfähigkeit**, wenn ein Beteiligter immer wieder auch gegen abschließende Entscheidungen versucht, Rechtsmittel einzulegen, ohne eine erkennbare Begründung zu geben.

Ein erkennender Spruchkörper ist an der Annahme der Prozessunfähigkeit nicht dadurch gehindert, dass das zuständige **Vormundschaftsgericht** die Bestellung eines Betreuers (§ 1896 BGB) abgelehnt hat (BSG, Beschl. v. 03.07.2003 - B 7 AL 216/02 B - BSGE 91, 146 = SozR 4-1500 § 72 Nr. 1).

SG Düsseldorf, Beschl. v. 24.02.2025 - S 51 KR 942/22 - bestellte für den Bf. einen besonderen Vertreter. das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

2. Zum Streit- und Gegenstandswert bei einem unechten Hilfsantrag

SG Ulm, Beschluss v. 20.10.2025 - S 13 KR 2923/24

RID 25-04-90

www.juris.de
GKG §§ 45, 52; RVG § 33 I

Leitsatz: 1. Ein (echter oder unechter) **Hilfsantrag** erhöht den **Streitwert** nur, wenn eine Entscheidung über ihn ergangen ist (§ 45 Abs. 1 Satz 2 GKG) oder der Rechtsstreit durch Vergleich erledigt worden ist (§ 45 Abs. 4 GKG).

2. Aufgrund des eindeutigen Wortlauts des § 45 GKG erhöht der Wert des Hilfsantrags den Streitwert des Verfahrens bei einer Erledigung des Rechtsstreits durch **angenommenes Anerkenntnis** nach § 101 Abs. 2 SGG nicht.

3. In diesem Fall ist auch kein abweichender **Gegenstandswert nach § 33 Abs. 1 RVG** festzusetzen (str.).

Im Klageverfahren war die Rückzahlung von Vergütung für stationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von 4.014,66 € nebst Zinsen streitig (Klage vom 03.12.2024). Am 18.12.2024 beantragte die Kl. zudem, (ausdrücklich nur) hilfsweise für den Fall der vollständigen oder teilweisen Begründetheit des Hauptantrags, die Zahlung einer Aufschlagszahlung (nämlich weiterer 1.021,73 € nebst Zinsen). Die Bekl. gab sowohl hinsichtlich der Hauptsache (mit Kostenanerkennnis) als auch der Aufschlagszahlung ein Anerkenntnis ab. Das **SG** verpflichtete die Bekl. zur Tragung der Verfahrenskosten und setzte den Streitwert des Verfahrens endgültig auf 4.014,66 € fest.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Hilfsmittelversorgung

a) Propriozeptive Einlagen: Hilfsmittel zur medizinisch-therapeutischen Behandlung

BSG, Urteil v. 12.06.2025 - B 3 KR 12/23 R

RID 25-04-91

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Propriozeptive Einlagen als Hilfsmittel dienen der „Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung“, wenn sie im Rahmen einer Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V), d.h. zu einer **medizinisch-therapeutischen Behandlung** einer Erkrankung als der Kernaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V eingesetzt werden. Die Einlagen dienen der Unterstützung der Fußsohle durch gezielt eingesetzte sensorische Impulse zur aktiven Korrektur der Fußstellung im freien Gang und Stand. Sie sollen im Rahmen der Krankenbehandlung einen therapeutischen Effekt hin zu einer funktionellen Korrektur der Fußfehlhaltungen haben.

Als Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung fehlt sensomotorischen Einlagen eine **positive Empfehlung des GBA**, um sie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgeben zu können.

b) Hörgeräte: Hörzugewinn im Freiburger Einsilbertest und erheblicher Gebrauchsvorteil

BSG, Urteil v. 12.06.2025 - B 3 KR 13/23 R

RID 25-04-92

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ein im Freiburger Einsilbertest gemessene **Hörzugewinn von 5 %-Punkten** ist **nicht unbeachtlich**. 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 einem unter Testbedingungen gemessenen Hörzugewinn ein **erheblicher Gebrauchsvorteil** im Alltagsleben erwächst, der zu einem Versorgungsanspruch Versicherter zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung führt, kann nicht ohne **Berücksichtigung ergänzender, subjektiver Wertungen und Eindrücke der Versicherten** beurteilt werden. Erst der im Freiburger Einsilbertest gemessene Hörzugewinn beim Sprachverstehen, der durch ein subjektiv wahrgenommenes besseres Hörempfinden bestätigt wird, begründet einen wesentlichen Gebrauchsvorteil des Überfestbetrags Hörgeräts und damit einen Anspruch auf Hörgeräteversorgung ohne Begrenzung auf den Festbetrag.

2. Krankenhausvergütung

a) Nichterfüllung von Anforderungen einer Qualitätssicherungsrichtlinie

BSG, Urteil v. 12.06.2025 - B 1 KR 26/24 R

RID 25-04-93

www.juris.de

Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses entfällt ab dem Jahr 2016 nicht vollständig, wenn bei der Behandlung **Mindestanforderungen nach einer Richtlinie des GBA** gemäß § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V nicht erfüllt sind, die entsprechende Richtlinie aber keine Regelung eines Vergütungsausschlusses enthält. Aufgrund gesetzlicher Änderungen wird an der Rspr. zum Nichtentstehen des Vergütungsanspruchs nach der Rechtslage bis zum 31.12.2015 nicht festgehalten.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 30.06.2025 - B 1 KR 30/24 R

RID 25-04-94

www.juris.de

b) Abschlag bei kürzerer Verweildauer als die untere Grenzverweildauer

BSG, Urteil v. 12.06.2025 - B 1 KR 14/24 R

RID 25-04-95

www.juris.de

Ein Abschlag wegen Unterschreitens der unteren Grenzverweildauer (**Kurzliegerabschlag**) ist nur zu erheben, wenn **keine Verlegung** stattgefunden hat. Im Falle einer Verlegung ist ein solcher Abschlag für das aufnehmende Krankenhaus nicht vorzunehmen (§§ 1 Abs. 3, 3 Abs. 2 Fallpauschalenvereinbarung 2019).

c) Frist zur Mitteilung der abschließenden Entscheidung: Materielle Präklusion

BSG, Urteil v. 12.06.2025 - B 1 KR 40/24 R

RID 25-04-96

www.juris.de

Beanstandet die Krankkasse mit ihrer **abschließenden Entscheidung** allein eine sekundäre Fehlbelegung, dann wird 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 PrüfV 2016) von der Krankenkasse noch beanstandet werden.

3. Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nur mit Zustimmung

BSG, Beschluss v. 27.08.2025 - B 1 KR 78/24 B

RID 25-04-97

www.juris.de

Auf die Beschwerde der Kl. wird **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 25.11.2024 - L 4 KR 799/23 - aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

Ein **LSG darf nicht ohne mündliche Verhandlung** über die Berufung der Kl. g entscheiden, wenn die Kl. ausdrücklich erklärt, mit dieser Vorgehensweise nicht einverstanden zu sein.

Wegen der besonderen Bedeutung der mündlichen Verhandlung als Kernstück des sozialgerichtlichen Verfahrens ist regelmäßig davon auszugehen, dass bei einer Verletzung des Rechts auf mündliche Verhandlung die Entscheidung auch auf diesem **Verfahrensfehler** beruht.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Approbation/Berufserlaubnis

a) Gleichwertigkeitsprüfung: Zahnmed. Studium im Jemen bei Nichtbestehen einer Kenntnisprüfung

OVG Bremen, Beschluss v. 13.08.2025 - 1 LA 153/24

RID 25-04-98

www.juris.de
ZHG § 2 III

Leitsatz: 1. Nach § 2 Abs. 3 Satz 3 ZHG ist eine **Kenntnisprüfung** nicht nur nach Durchführung einer Gleichwertigkeitsprüfung mit negativem Ergebnis durchzuführen, sondern gemäß § 2 Abs. 3 Satz 4 ZHG auch dann, wenn eine **Gleichwertigkeitsprüfung nur mit unangemessenem Aufwand** möglich wäre, weil die erforderlichen Unterlagen und Nachweise aus Gründen, die nicht in der Person der Antragsteller liegen, von diesen nicht vorgelegt werden können.

2. Die Kenntnisprüfung ist nur **ersatzweise** für den Fall vorgesehen, dass die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben oder nicht feststellbar ist.

VG Bremen, Urt. v. 15.02.2024 - 5 K 1159/21 - RID 24-02-76 wies die Klage ab, das **OVG** lehnte den Antrag des Kl., die Berufung zuzulassen, ab.

b) Ärztliche Approbation in Syrien

OVG Bremen, Beschluss v. 17.09.2025 - 1 LA 130/24

RID 25-04-99

www.juris.de
BÄO § 3 III; VwVfG § 51 I Nr. 1, V; VwGO § 124

Leitsatz: 1. Es stellt keine Änderung der Sachlage im Sinne des § 51 Abs. 1 Nr. 1 VwVfG dar, wenn die Universität in Damaskus ihren Betrieb wieder aufgenommen, eine **Legalisation von syrischen Urkunden** über syrische Bildungsabschlüsse aber nach wie vor von der Deutschen Botschaft abgelehnt wird und hierauf in der bestandskräftigen Ablehnung der Gleichwertigkeitsfeststellung durch die Beklagte abgestellt worden ist.

2. Dass die Behörden in anderen Bundesländern eine **Gleichwertigkeitsfeststellung** ggf. auch ohne vorherige Legalisation des syrischen Universitätsabschlusses vorgenommen haben, stellt keinen Verstoß gegen das Gleichheitsgebot dar, weil sich dieses immer nur an den jeweiligen Träger öffentlicher Gewalt innerhalb seines eigenen Zuständigkeitsbereiches richtet. Auch ein Wiederaufgreifen im Ermessenswege kann vor diesem Hintergrund nicht verlangt werden.

c) Anmeldung zur ärztlichen Fachsprachprüfung/Feststellung abgeschlossener ärztlicher Ausbildung

VG Hannover, Beschluss v. 02.09.2025 - 7 B 6463/25

RID 25-04-100

www.juris.de
BÄO § 10 I 1, V; VwGO § 44a

Leitsatz: 1. Bei der **ärztlichen Fachsprachprüfung** handelt es sich um eine behördliche **Verfahrenshandlung** im Sinne des § 44a Satz 1 VwGO, sodass der Antragsteller nicht isoliert beanspruchen kann, unverzüglich zu der Fachsprachprüfung zugelassen zu werden.

2. Ein Antrag gerichtet auf die (einstweilige) **Feststellung**, dass **eine abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf** im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 BÄO vorliegt, ist nicht statthaft.

3. Die **Anerkennung einer Ausbildung durch Drittstaaten** ist bei der Prüfung der Frage, ob eine abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf im Herkunftsland vorliegt, nicht berücksichtigungsfähig.

d) EuGH: Drittstaatsangehörige/Erteilung einer Approbation in Mitgliedstaat des Ehemanns

EuGH, Urteil v. 02.10.2025 - C-573/24

RID 25-04-101

www.juris.de

EGRL 36/2005 Art. 2; AEUV Art. 267; EGRL 38/2004 Art. 3

Ein **Drittstaatsangehöriger** kann sich nicht allein aufgrund des Umstands, dass er **Familienangehöriger eines Unionsbürgers** ist, auf die in der Richtlinie 2004/38 verankerten Rechte, zu denen auch der Anspruch i.S.v. Art. 24 Abs. 1 dieser Richtlinie gehört, berufen. Ein Drittstaatsangehöriger kann sich nicht auf seine Eigenschaft als Familienangehöriger eines Unionsbürgers berufen, um in dem Mitgliedstaat, dessen Staatsangehörigkeit dieser Unionsbürger besitzt, die in Art. 24 Abs. 1 der Richtlinie 2004/38 vorgesehene Gleichbehandlung mit den Staatsangehörigen dieses Mitgliedstaats zu verlangen.

Der **EuGH** stellte die Unzulässigkeit des von **VG Oldenburg**, Beschl. v. 08.08.2024 - 7 A 2123/19 - eingereichte Vorabentscheidungsersuchens fest.

e) Vorabentscheidungsersuchen: Anerkennung eines med. Ausbildungsnachweises eines Drittstaates

VGH Bayern, Beschluss v. 21.08.2025 - 21 B 24.177

RID 25-04-102

www.juris.de

AEUV Art. 267

Der Senat legt dem **EuGH** folgende **Frage zur Vorabentscheidung** nach Art. 267 AEUV vor:
Ist Art. 3 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen dahingehend auszulegen, dass die **Anerkennung eines medizinischen Ausbildungsnachweises eines Drittstaates durch einen Mitgliedstaat** sowie die Bescheinigung einer mindestens dreijährigen Berufserfahrung im Hoheitsgebiet des Mitgliedstaats durch diesen Mitgliedstaat von einem anderen Mitgliedstaat als gleichwertig zu den in Anhang V Nr. 5.1.1. der Richtlinie 2005/36/EG genannten Ausbildungsnachweisen anzusehen ist, und der andere Mitgliedstaat deswegen nach dem Grundsatz der automatischen Anerkennung nach Art. 21 Abs. 1 den Nachweisen im Sinne des Art. 3 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG in Bezug auf die Aufnahme und Ausübung der beruflichen Tätigkeiten in seinem Hoheitsgebiet dieselbe Wirkung wie den von ihm ausgestellten Ausbildungsnachweisen verleihen muss?

2. Strafrecht

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB)

BGH, Beschluss v. 10.09.2025 - 5 StR 335/25

RID 25-04-103

www.juris.de

StGB § 278

Es liegt ein **Gesundheitszeugnis** vor, wenn sich die schriftlichen Angaben des Arztes auf die Äußerung beschränken, dass der Inhaber des Attests „aus gesundheitlichen Gründen keine Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Bedeckung) tragen“ könne.

Gesundheitszeugnisse sind unrichtig, wenn sie ohne die ihrem Aussagegehalt nach erforderlichen **ärztlichen Untersuchungen** ausgestellt werden.

Werden **Angehörigen der gleichen Familie** inhaltsgleiche Atteste ausgestellt, ist rechtlich jeweils nur von einer Tat auszugehen. Denn aufgrund des unmittelbaren räumlichen, zeitlichen und motivationalen Zusammenhangs erweist sich das Verhalten des Arztes dort als einheitliches Tun und verbindet die einzelnen Tathandlungen zu einer natürlichen Handlungseinheit, so dass die Straftaten zueinander im Verhältnis der **Tateinheit** stehen.

bb) Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse nach Ruhen der Approbation

BGH, Beschluss v. 27.08.2025 - 5 StR 130/25

RID 25-04-104

www.juris.de
StGB § 278 I

Das **Ruhen Approbation** führt nicht dazu, dass ein Arzt bei anschließend begangenen Taten nicht mehr von dem von § 278 StGB vorausgesetzten Täterkreis erfasst wird. Denn die Ruhensanordnung lässt im Gegensatz zu Rücknahme oder Widerruf der Approbation den ärztlichen Status unberührt, der Betroffene bleibt mithin auch während des Ruhens Arzt, er darf den ärztlichen Beruf nur nicht mehr ausüben.

b) Keine ordnungsgemäß aufbereiteten medizinischen Geräte in Zahnarztpraxis

AG Wuppertal, Urteil v. - 14 Ls 16/25

RID 25-04-105

www.juris.de
MPDG §§ 11 S. 1, 12 I; StGB 223 I, 224 I Nr. 2

Befinden sich während der Behandlung von Patienten **keine ordnungsgemäß aufbereiteten medizinischen Geräte in der Zahnarztpraxis**, liegt ein Mangel vor, durch welchen u.a. Patienten gefährdet werden können und selbst bei sachgemäßer Anwendung die Sicherheit und Gesundheit des Patienten in einem nicht mehr vertretbaren Maß gefährdet ist, da die medizinischen Geräte mit offenen Wunden im Mundbereich in Kontakt kommen. Darin liegt ein Verstoß gegen § 11 S. 1 Gesetz zur Durchführung unionsrechtlicher Vorschriften betreffend Medizinprodukte (Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz - MPDG) in Tateinheit mit Verstoß gegen § 12 Nr. 1 MPDG.

3. Berufspflichten

a) Feststellung der Unwürdigkeit zur Berufsausübung: Unangemessene Rechnungsstellung

Landesberufsgericht für Heilberufe Münster, Urteil v. 23.04.2025 - 36 A

RID 25-04-106

925/23.T

www.juris.de
HeilBerG NRW §§ 29 I, 59 I, 60, 92 I; BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II; GG Art. 12 I

Ein Facharzt für Innere Medizin unterliegt als **Kammermitglied** bei Verletzung seiner Berufspflichten auch der **Heilberufsgerichtsbarkeit** (§ 59 Abs. 1 HeilBerG NRW). Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit öffentlich-rechtlicher Berufsorganisationen mit Pflichtmitgliedschaft ist höchstrichterlich seit langem anerkannt.

Ein Arzt verletzt seine **Berufspflichten** aus § 29 Abs. 1 HeilBerG NRW, §§ 2 Abs. 2, 12 Abs. 1 BO Nordrhein, indem er nicht den Vorschriften der **GOÄ** entsprechende und damit **unangemessene Honorarforderungen** stellt (hier: u.a. mehrfache - z.T. bis 16-fache - Ansatz der GOÄ-Nr., obwohl die Abrechnungstatbestände eine Mehrfachabrechnung entweder von vornherein nicht zulassen, mehrere Arzt-Patienten-Kontakte für den Ansatz fordern, ein Nebeneinander mit anderen Nummern der GOÄ ausschließen oder den Ansatz nur im Zusammenhang mit anderen Leistungen gestatten; Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen nahezu ausnahmslos mit dem Höchstsatz des jeweiligen Gebührenrahmens).

„**Sitzung**“ im Sinne von Nr. 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu C VI. GOÄ ist der gesamte auf den Leistungsinhalt bezogene Arzt-Patienten-Kontakt bzw. die entsprechende Arzt-Patienten-Begegnung (festhalten an OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.02.2013 - 6t A 1843/10.T - RID 13-02-162).

Setzt ein Arzt ein bereits mit berufsgerichtlichem Urteil beanstandetes Abrechnungsverhalten trotz der seinerseits verhängten Maßnahmen in der Folge unbeirrt fort und besteht eine hohe Schadensgeneigtheit des Verhaltens, kann die **Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs** gerechtfertigt sein.

Für die Feststellung der Berufsunwürdigkeit ist unerheblich, ob die gravierende Verfehlung auch strafbewehrt oder gar im konkreten Fall **strafrechtlich geahndet** worden ist. Unerheblich ist des Weiteren, dass die **Approbationsbehörde** die Voraussetzungen für einen Widerruf der Approbation

bislang als nicht gegeben angesehen hat. Die Approbationsaufsicht hat ihre Maßnahmen in Wahrnehmung eigenständiger Kompetenzen zu treffen; rechtliche Bindungswirkungen zwischen approbationsaufsichtlichen und berufsgerichtlichen Maßnahmen bestehen nicht.

Einer **Veröffentlichung des rechtskräftigen Berufungsurteils** bedarf es nicht. Für diese zusätzliche Sanktion muss ein besonderes Bedürfnis bestehen, die mit den Regelmaßnahmen des § 60 Abs. 2 HeilBerG NRW nicht erreicht werden kann. Mit der Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufs ist bereits die schärfste Sanktion ausgesprochen worden. Zudem ist angesichts der getroffenen Feststellung mit der Einleitung eines Widerrufsverfahrens durch die Approbationsbehörde zu rechnen.

b) Zugriff auf Vermögenswerte nach Beendigung der Psychotherapie

VG Berlin, Urteil v. 27.08.2025 - 90 K 2/25 T

RID 25-04-107

www.juris.de

HeilBKG Berlin §§ 26 I, 92 I, 92 II

Leitsatz: 1. Das **Verbot der Annahme von Geschenken** in § 32 Abs. 1 BO ÄKB dient der Unabhängigkeit und Freiheit des ärztlichen Handelns. Es erfordert einen Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung, der nicht besteht, wenn ein ärztlicher Psychotherapeut nach einer förmlich abgerechneten Psychotherapie dazu übergeht, einen Patienten esoterisch-spirituell zu beeinflussen, um dadurch Zugriff auf dessen Vermögenswerte zu erlangen.

2. In diesem Fall liegt ein Verstoß gegen die **Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung** (§ 26 Abs. 1 BlnHKG/§ 4a Abs. 1 Satz Nr. 1 KammerG/§ 2 Abs. 2 BO ÄKB) vor, wenn ein ärztlicher Psychotherapeut zu einem (ehemaligen) Patienten unter Verletzung des Distanz- und Abstinenzgebots eine väterlich-freundschaftliche Beziehung aufbaut und sich mit den Vermögenswerten des Betroffenen wirtschaftlich betätigt.

c) Berufswidrige Werbung/Außerberufliches Verhalten (Ablehnung von Corona-Maßnahmen)

VG Berlin, Beschluss v. 25.09.2024 - 90 K 6/23 T

RID 25-04-108

www.juris.de

HeilBKG Berlin §§ 26 I, 60 I, 66 I, 74

Leitsatz: 1. Das Berufsgericht für Heilberufe **eröffnet das berufsgerichtliche Verfahren** gemäß § 66 Abs. 1 und § 74 Abs. 1 Satz 1 des Berliner Heilberufekammergesetzes - BlnHKG), wenn die ernste, aus konkreten Tatsachen ableitbare Möglichkeit einer Berufspflichtverletzung und zugleich die ausreichende Wahrscheinlichkeit für eine spätere Verurteilung des Beschuldigten bestehen.

2. **Berufswidrige Werbung** im Sinne des § 27 Abs. 3 Satz 1 der Berufsordnung (BO) der Ärztekammer Berlin kann nur dann vorliegen, wenn es sich überhaupt um Werbung handelt, d.h. ein Verhalten, das planvoll darauf angelegt ist, andere dafür zu gewinnen, die Leistungen des Werbenden in Anspruch zu nehmen.

3. Ein Verstoß gegen die Pflicht zur **gewissenhaften Berufsausübung** in § 26 Abs. 1 BlnHKG und § 2 Abs. 2 Satz 1 BO liegt bei einem **außerberuflichen Verhalten** nur dann vor, wenn es nach den Umständen des Einzelfalles in besonderem Maße geeignet ist, Achtung und Vertrauen, die der ärztliche Beruf erfordert, in einer für die Ausübung oder das Ansehen dieses Berufs bedeutsamen Weise zu beeinträchtigen, wie dies in der Regel bei Sexualdelikten oder vergleichbar schweren Straftaten der Fall ist.

d) Kollegiale Verhaltenspflicht: Beleidigungen unter vier Augen

VG Berlin, Beschluss v. 10.09.2025 - 90 K 6/25 T

RID 25-04-109

www.juris.de

HeilBKG Berlin §§ 26 I, 28, 57 I 1, 66 I, 74 III

Leitsatz: 1. Das berufsgerichtliche **Verfahren** wird gemäß § 74 Abs. 1 Satz 1 BlnHKG nur **eröffnet**, wenn die ernste, aus konkreten Tatsachen ableitbare Möglichkeit einer Berufspflichtverletzung und zugleich die ausreichende Wahrscheinlichkeit für eine spätere Verurteilung des Beklagten bestehen.

2. Die Berufspflicht der Ärzte, sich **kollegial zu verhalten und herabsetzende Äußerungen zu unterlassen** (§ 28 Abs. 1 Satz 1 und 3 BO ÄKB), dient nicht dem Schutz der persönlichen Ehre der Betroffenen, sondern dem Vertrauen und der Gesundheit der Patienten.

3. Ein **außerberufliches Fehlverhalten** kann nur dann im Rahmen der allgemeinen Berufspflicht zu berufsrechtlichen Maßnahmen führen, wenn es nach den Umständen des Einzelfalles in besonderem Maße geeignet ist, Achtung und Vertrauen, die der ärztliche Beruf erfordert, in einer für die Ausübung oder das Ansehen dieses Berufs bedeutsamen Weise zu beeinträchtigen. Dies ist bei **Beleidigungen unter vier Augen** angesichts des Strafrahmens des § 185 StGB von einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe, wenn die Beleidigung nicht öffentlich, in einer Versammlung, durch Verbreiten eines Inhalts oder mittels einer Tätlichkeit begangen wurde, nicht der Fall.

e) Beschwerde gegen die Nichteröffnung des Hauptverfahrens vor dem Heilberufsgericht

VGH Hessen, Beschluss v. 29.08.2025 - 25 E 975/24.B

RID 25-04-110

www.juris.de

BÄO §§ 2 V, 2a; HeilBerG Hessen §§ 2 I, 49 I, 63 I, 71 III

Leitsatz: 1. Ist der Beschuldigte im Zeitpunkt des Eingangs der Anschuldigungsschrift beim Heilberufsgericht **kein Mitglied der Landesärztekammer** Hessen (mehr), begründet dies ein Verfahrenshindernis im heilberufsgerichtlichen Verfahren (hier verneint).

2. Die **ärztliche Berufsausübung** i.S.d. § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 HeilBerG ist weit zu verstehen. Sie umfasst jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse eingesetzt oder mitverwendet werden oder werden können. Allein Tätigkeiten, die keinerlei Zusammenhang mit der ärztlichen Ausbildung und medizinischen Fachkenntnissen aufweisen, sind nicht erfasst. Auch Werbetätigkeiten können unter den Begriff der ärztlichen Berufsausübung fallen.

3. Die **Pflichtmitgliedschaft** in der Landesärztekammer Hessen **endet** mit dem Ende der Berufsangehörigkeit, der Beendigung der Berufsausübung oder deren Verlegung in ein Gebiet außerhalb der Verbandskompetenz der Landesärztekammer Hessen. Für einen Arzt, der in Hessen ärztlich tätig geworden ist, wird regelmäßig vermutet, dass er die Berufsausübung in Hessen fortsetzt.

f) Unstatthafte Beschwerde im heilberufsgerichtlichen Rügeverfahren

VGH Hessen, Beschluss v. 25.08.2025 - 25 A 107/22.B

RID 25-04-111

www.juris.de

HeilBerG Hessen § 59; StPO § 304 I

Leitsatz: Beschlüsse des Heilberufsgerichts, die infolge eines heilberufsgerichtlichen Rügeverfahrens ergangen sind, sind gemäß § 59 Abs. 5 Satz 4 HeilBerG unanfechtbar.

g) Kostentragung bei Berufungsrücknahme des Beschuldigten im heilberufsgerichtlichen Verfahren

VGH Hessen, Beschluss v. 28.04.2025 - 25 A 527/25.B

RID 25-04-112

www.juris.de

HeilBerG Hessen § 78; StPO § 473 I 1

Leitsatz: 1. Nimmt der in einem heilberufsgerichtlichen Verfahren **Beschuldigte** eine von ihm eingelegte **Berufung zurück**, umfasst seine **Kostentragungspflicht** im Berufungsverfahren auch Gebühren (Aufgabe der bisherigen Senatsrechtsprechung).

2. Hinsichtlich der festzusetzenden **Gebührenhöhe** kann sich das Landesberufsgericht am Gebührenrahmen des § 78 Abs. 2 S. 1 Var. 2 HeilBerG orientieren und dabei eine frühzeitige Berufungsrücknahme berücksichtigen.

h) Kein drittschützendes Berufsaufsichtsrecht

VG München, Beschluss v. 07.10.2025 - M 16 E 25.3944

RID 25-04-113

www.juris.de

HKaG Bayern §§ 36a ff.

Die Bestimmungen des Art. 36a ff. HKaG sind **nicht drittschützend**. Sie räumen Patienten keinen Anspruch auf aufsichtsrechtliches Einschreiten ein. Die Bestimmungen über die **Berufsaufsicht** zielen nicht auf den individuellen Schutz von Patienten ab. Ihr alleiniger Zweck besteht darin, die ordnungsgemäße Berufsausübung im Allgemeininteresse zu gewährleisten.

4. Sozialversicherungspflicht

a) Abhängige Beschäftigung eines Honorararztes in einem MVZ

SG Ulm, Urteil v. 18.09.2025 - S 13 BA 2730/23

RID 25-04-114

www.juris.de

SGB IV § 7a; SGB V § § 95 I, II 7; SGB III § 25 I

Leitsatz: 1. Die Frage, auf welchen **Zeitpunkt** für die **Beurteilung der Sach- und Rechtslage** abzustellen ist, beantwortet nach ständiger Rechtsprechung nach den Grundsätzen des intertemporalen Rechts in erster Linie das materielle Recht. Ohne einen erkennbaren Willen des Gesetzgebers zur Rückwirkung der ab 01.04.2022 geltenden Rechtslage ist nach den Grundsätzen des **intertemporalen Rechts** und des Geltungszeitraumprinzips § 7a Abs. 1 S. 1 SGB IV für die Zeit bis 31.03.2022 in der bis dahin geltenden Fassung anzuwenden. Wird die Tätigkeit vor und nach der Rechtsänderung ausgeübt, sind beide Fassungen des § 7a SGB IV anzuwenden.

2. Die Rechtsprechung des BSG zum **Einsatz von Honorarärzten** im Krankenhaus kann vollumfänglich auf Honorarärzte in einem **Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)** übertragen werden.

3. Hieran ändert das Ergebnis des **Dialogprozesses der KVB und der KVen mit dem BMG**, dem BMAS sowie der DRV Bund (<https://www.kbv.de/presse/pressemitteilungen/2024/pressemitteilung-16-08-2024>) nichts.

b) Palliativärztliche Tätigkeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 10.06.2025 - L 10 BA 11/22

RID 25-04-115

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 5 I Nr. 1; SGB III § 25 I 1; SGB IV §§ 7 I, 7a

Leitsatz: 1. Der Schriftsatz eines Sozialversicherungsträgers im gerichtlichen Verfahren kann als **Verwaltungsakt** angesehen werden, wenn darin über die bloße Prozessklärung hinaus der Wille des Trägers zur Regelung eines Einzelfalls gegenüber den anderen Prozessbeteiligten klar zu erkennen ist (Anschluss an BSG, Urt. v. 18.05.2011 - B 3 P 5/10 R - SozR 4-3300 § 71 Nr. 2).

2. Für eine vor dem 01.01.2022 beendete **palliativärztliche Tätigkeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** ist nach den Grundsätzen des intertemporalen Rechts die bis dahin gültige Fassung von § 7a SGB IV anzuwenden. Bei einer derartigen Konstellation ist der Rentenversicherungsträger nicht zu einer **isolierten Feststellung von Tatbestandselementen** (hier: zum Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung) berechtigt.

3. Die nach § 37b SGB V sektorenübergreifende SAPV ist zumindest bis zum 31.12.2018 nicht als ein eigenständiger Versorgungsbereich organisiert gewesen, sondern hat im Wesentlichen die **Koordinierung** der in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung bereits bestehenden ambulanten **Versorgungsstrukturen** umfasst. Nur bei einer über diesen Umstand hinausgehenden organisatorischen, personellen oder sachlichen Einbindung der Ärzte und Pflegekräfte in die Palliativteams ist von einer **Eingliederung in die Organisations- und Weisungsstruktur** des jeweiligen Leistungserbringers auszugehen.

5. Arbeitnehmereigenschaft eines Krankheitsvertreters in zahnärztlicher Praxis

LAG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 08.04.2025 - 2 Ta 27/25

RID 25-04-116

www.juris.de

ArbGG §§ 2 I Nr. 3 a u. b, 5 I 1; BGB § 611a I

Leitsatz: Unter Berücksichtigung der Gesamtbetrachtung sprechen bei einer **kurzfristigen Praxisvertretung (3 Monate)** durch einen Arzt gerade das Abrechnen eines Stundenhonorars ohne Beteiligung an den Honorarumsätzen der Beklagten, die Einbindung in das Praxisgeschehen der Beklagten sowie die Vereinbarung einer Arbeitszeit an jedem Tag der Woche für das Vorliegen eines **Arbeitsverhältnisses**.

6. BVerwG: Anerkennungsvoraussetzung einer Fortbildungsmaßnahme/Mitwirkungsobliegenheit

BVerwG, Beschluss v. 09.07.2025 - 8 B 26.24

RID 25-04-117

www.juris.de

VwVfG Bayern Art. 26

Die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. gegen *VGH Bayern*, Urt. v. 26.04.2024 - 21 B 23.2310 - RID 24-03-152 wird zurückgewiesen.

Soweit die Fragen der Kl. auf die Auslegung des für die Entscheidung über den von ihr geltend gemachten Anspruch maßgeblichen materiellen Rechts zielen, können sie in dem von ihr angestrebten Revisionsverfahren nicht geklärt werden, weil sie die **Auslegung der Fortbildungsordnung** der Bekl. v. 13.10.2013 und damit **kein revisibles Recht** betreffen. Das gilt auch für die Einordnung von Tatbestandselementen als Anspruchsvoraussetzung oder Versagungsgrund.

7. EuGH: Telemedizin/Geltung des Rechts des Herkunftslandes des Leistungserbringers

EuGH, Urteil v. 11.09.2025 - C-115/24

RID 25-04-118

www.juris.de

Richtlinie 2011/24/EU

1. Art. 3 Buchst. d und e der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ist dahin auszulegen, dass unter den Begriff der im Fall der **Telemedizin** erbrachten Gesundheitsversorgung im Sinne dieser Bestimmung nur Gesundheitsdienstleistungen fallen, die gegenüber einem Patienten durch einen **in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat dieses Patienten** ansässigen Gesundheitsdienstleister im Fernabsatz und somit ohne gleichzeitige physische Anwesenheit des Patienten und dieses Dienstleisters am selben Ort ausschließlich mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien erbracht werden.

2. Art. 3 Buchst. d der Richtlinie 2011/24 ist dahin auszulegen, dass er auf **alle** von dieser Richtlinie geregelten **Bereiche** und nicht nur auf die Erstattung der Kosten für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Sinne von Art. 7 der Richtlinie anwendbar ist.

3. Art. 3 Buchst. d der Richtlinie 2011/24 und Art. 3 Abs. 1 der Richtlinie 2000/31/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 8. Juni 2000 über bestimmte rechtliche Aspekte der Dienste der Informationsgesellschaft, insbesondere des elektronischen Geschäftsverkehrs, im Binnenmarkt („Richtlinie über den elektronischen Geschäftsverkehr“) sind dahin auszulegen, dass telemedizinische Leistungen nach den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats zu erbringen sind, in dem der **Dienstleister ansässig** ist.

4. Art. 5 der **Richtlinie 2005/36/EG** des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die **Anerkennung von Berufsqualifikationen** ist dahin auszulegen, dass diese Richtlinie weder auf einen Erbringer von Leistungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Fall der Telemedizin noch auf einen in einem Mitgliedstaat ansässigen Dienstleister anwendbar ist, der – ohne selbst den Ort zu wechseln – von einem in einem anderen Mitgliedstaat ansässigen Dienstleister für einen in diesem letztgenannten Mitgliedstaat wohnenden Patienten in Anwesenheit vorgenommene Gesundheitsdienstleistungen erbringen lässt.

8. BVerfG: Triage bei unzureichenden intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten

BVerfG, Beschluss v. 23.09.2025 - 1 BvR 2284/23, 1 BvR 2285/23

RID 25-04-119

www.juris.de

GG Art. 12 I, 74 I Nr. 1, 7, 19 u. 19a

Leitsatz: 1. Art. 12 Abs. 1 GG gewährleistet, dass Ärztinnen und Ärzte in ihrer beruflichen Tätigkeit **frei von fachlichen Weisungen** sind, und schützt - im Rahmen therapeutischer Verantwortung - auch ihre Entscheidung über das „Ob“ und das „Wie“ einer Heilbehandlung.

2. Der **Kompetenztitel** aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Variante 1 GG („Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren“) bietet keine Grundlage für ein reines **Pandemiefolgenrecht**. Voraussetzung ist vielmehr eine gewisse auf Eindämmung oder Vorbeugung bezogene Gerichtetheit der Maßnahme.

3. Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG begründet keine allgemeine Fürsorgekompetenz im Bereich des Gesundheitswesens. Die Entscheidung der Verfassung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 und 19a GG, dem **Bund** für das Gesundheitswesen nur auf einzelne Sachbereiche beschränkte **Gesetzgebungskompetenzen** zuzuweisen, darf nicht durch eine erweiternde Auslegung der Gesetzgebungskompetenz für die öffentliche Fürsorge unterlaufen werden.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Haftung niedergelassener Ärzte für einen Impfschaden durch die Corona-Schutzimpfung

BGH, Urteil v. 09.10.2025 - III ZR 180/24

RID 25-04-120

www.juris.de

BGB § 839 I; GG Art. 34; CoronaImpfV § 20i III 2

Leitsatz: Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, Passivlegitimation

Bis zum 7. April 2023 handelten die in der jeweiligen Fassung der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung - CoronaImpfV) bestimmten Leistungserbringer bei der Vornahme einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in **Ausübung eines ihnen anvertrauten öffentlichen Amtes**.

LG Dortmund, Urt. v. 27.07.2023 - 4 O 163/22 - wies die Klage gegen eine niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin ab, *OLG Hamm*, Urt. v. 19.06.2024 - 3 U 119/23 - RID 24-03-174 wies die Berufung des Kl., der *BGH* die Revision des Kl. zurück.

b) Anfechtbarkeit trotz einer Unterbrechung ergangener gerichtlichen Entscheidung

BGH, Beschluss v. 14.10.2025 - VI ZR 137/25

RID 25-04-121

www.juris.de

ZPO §§ 241, 249 III; GG Art. 103 I

Leitsatz: Im **Anwaltsprozess** tritt nach § 244 Abs. 1 ZPO eine **Unterbrechung des Verfahrens** ein, wenn der einzige zu ihrer Vertretung befugte Rechtsanwalt einer Partei stirbt; auf eine Kenntnis des Gerichts vom Unterbrechungsgrund kommt es nicht an. Eine **trotz der Unterbrechung ergangene** und nicht nach § 249 Abs. 3 ZPO zulässige gerichtliche **Entscheidung** ist allerdings nicht nichtig, sondern anfechtbar. Die Unwirksamkeit muss daher mit dem zulässigen Rechtsmittel geltend gemacht werden.

2. Behandlungsfehler

a) Abweichung der Behandlung von der Heilmittelrichtlinie

OLG Schleswig, Beschluss v. 20.08.2025 - 4 U 26/25

RID 25-04-122

www.juris.de

SGB V § 630a II; HeilmRL §§ 15, 16

Leitsatz: Abweichungen von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie (hier: verspäteter Beginn und Nichteinhaltung der Behandlungskontinuität) führen nicht per se zur Haftung des Behandlers für eingetretene Gesundheitsschäden, wenn die Behandlung unter Einhaltung des **fachlichen Standards** erfolgt ist.

b) Fehlerhafte Reizstrombehandlung: Abgrenzung Primär- und Sekundärschaden

OLG Brandenburg, Beschluss v. 22.07.2025 - 12 U 22/25

RID 25-04-123

www.juris.de

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

Die von der Rspr. entwickelten Grundsätze über die **Beweislastumkehr** für den **Kausalitätsbeweis** bei groben Behandlungsfehlern finden grundsätzlich nur Anwendung, soweit durch den Fehler des Arztes unmittelbar verursachte haftungsbegründende Gesundheitsverletzungen, d.h. der erste Verletzungserfolg im Sinne einer Belastung der gesundheitlichen Befindlichkeit des Patienten (**Primärschäden**), in Frage stehen. Für den Kausalitätsnachweis für **Folgeschäden (Sekundärschäden)**, die erst durch die infolge des Behandlungsfehlers eingetretene Gesundheitsverletzung entstanden sein sollen, gelten sie nur dann, wenn der Sekundärschaden eine typische Folge des Primärschadens ist, wobei eine Umkehr der Beweislast schon dann anzunehmen ist, wenn der grobe Behandlungsfehler geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen; nahelegen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden dagegen nicht.

c) Fehlende Reaktion auf pathologisch gewordenes CTG

OLG Köln, Urteil v. 08.10.2025 - 5 U 169/19

RID 25-04-124

www.juris.de

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

Ist das CTG im maßgeblichen Zeitraum **silent**, weist es nur eine geringe oder keine Oszillation auf, führt dies bei einem Anhalten über einen längeren Zeitraum zur Einordnung des CTG als pathologisch. Die **fehlende Reaktion** auf das jedenfalls ab 1:30 Uhr pathologisch gewordene CTG durch Durchführung einer Schnittentbindung stellt sich als grob fehlerhaft dar.

Ein **Schmerzensgeld** von 50.000 € ist angemessen. Bei der konkreten Bemessung des Schmerzensgeldes war zum einen zu berücksichtigen, dass die bei dem Kl. eingetretenen Beeinträchtigungen **dauerhafte Schäden** darstellen. Der Kl. wird Zeit seines Lebens unter der **ausgeprägten Weitsichtigkeit** von fast 10 Dioptrien leiden und diese mit Brille oder Kontaktlinsen kompensieren müssen. Auch die **Hochtonschwerhörigkeit** wird eine dauerhafte Einschränkung darstellen; eine Verbesserung mittels Hörgerät hat bisher keinen Erfolg gezeigt. Gleichmaßen stellen die festgestellten **Konzentrationsschwierigkeiten** eine bleibende Erschwernis dar. Andererseits ist jedoch zu sehen, dass der Kl. seine Einschränkungen - sicherlich auch aufgrund früher und kontinuierlicher, zeitintensiver Förderung - **überwiegend gut kompensieren** kann.

d) Notwendigkeit der vorgeburtlichen Verlegung einer Schwangeren in Klinik der Maximalversorgung

LG Flensburg, Urteil v. 13.05.2025 - 3 O 178/15

RID 25-04-125

www.juris.de

SGB V §§ 278, 280 I, 328, 611, 823

Bei einer **drohenden Frühgeburt** im Zeitraum SSW 32+0 bis SSW 34+0 mit einem zusätzlichen **Risiko** (vorzeitiger Blasensprung mit Plazentarrantblutung) ist eine **antepartale Verlegung der Schwangeren** aus einer Klinik der „Schwerpunktversorgung“ (später: Grund- und Regelversorgung) in eine Klinik der „Zentralversorgung“ (später: Maximalversorgung) geboten.

e) Hüft-TEP: Entfernung von infolge eines Behandlungsfehlers ausgehärtetem Zement

OLG Köln, Urteil v. 08.10.2025 - 5 U 22/25

RID 25-04-126

www.juris.de

ZPO § 287

Leitsatz: 1. Kommt es beim **Einsatz einer Hüfttotalendoprothese** bei der **Entfernung von infolge eines Behandlungsfehlers ausgehärtetem Zement** aus dem Schaft zu einem Defekt des Femurs, dem Abbruch des Trochanters und einer größeren Gewebetraumatisierung, stellen ein sich nach mehreren Tagen entwickelndes Serom, eine Wundheilungsstörung und die Kosten des deshalb längeren stationären Aufenthalts **Sekundärschäden** dar.

2. Auch für typische Sekundärschäden, die an der sich aus einem groben Behandlungsfehler folgenden Beweislastumkehr teilhaben, gilt im Falle eines **einfachen Behandlungsfehlers** für den Nachweis der Kausalität das erleichterte **Beweismaß** des § 287 ZPO im Sinne einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit.

f) Übersehen einer Radiusköpfchen-Luxation als Diagnoseirrtum

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 24.09.2025 - 17 U 58/23

RID 25-04-127

www.juris.de

BGB §§ 253, 278, 280, 630a ff., 823 I, 831

Grundsätzlich ist zwar das Nichterkennen einer erkennbaren Erkrankung und der für sie kennzeichnenden Symptome als Behandlungsfehler zu werten. **Irrtümer bei der Diagnosestellung** sind jedoch oft nicht die Folge eines vorwerfbaren Versehens des Arztes.

Das **Übersehen einer isolierten Radiusköpfchen-Luxation** stellt sich nicht zwangsläufig als behandlungsfehlerhaft dar.

g) Unvollständige kardiale Diagnostik

OLG Düsseldorf, Urteil v. 18.09.2025 - 8 U 112/22

RID 25-04-128

www.juris.de

BGB §§ 253, 278, 280, 630a ff., 823 I, 831

Lässt sich nicht feststellen, dass der Patient angegeben hat, unter akuten **Brustschmerzen** zu leiden, liegt keine Notwendigkeit der Durchführung einer **Diagnostik** im Hinblick auf ein **akutes Koronarsyndrom** vor.

Es liegt ein **Befunderhebungsfehler** vor, wenn die **kardiale Diagnostik unvollständig** durchgeführt und deshalb ein kardiales Geschehen nicht rechtzeitig diagnostiziert wird. Es entspricht dem medizinischen Standard bei der Frage der Abklärung eines Herzinfarkts, dass in dem Fall, dass ein Herzinfarkt in Betracht gezogen wird, dieser auch vollständig abgeklärt wird, auch wenn es sich dabei um eine überobligationsmäßige Befunderhebung handelt. Auch bei einem unauffälligen EKG ist der Troponinwert zu bestimmen und ggfls., wenn dieser unauffällig ist, nach Ablauf von 6 Stunden zu kontrollieren.

h) Vorwerfbar unterbliebene Diagnose einer Sinusvenenthrombose

OLG Saarbrücken, Urteil v. 23.07.2025 - 1 U 122/22

RID 25-04-129

www.juris.de

BGB §§ 253 II, 630a, 823; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Zum Nachweis der **haftungsbegründenden Kausalität** zwischen der aufgrund eines (einfachen) Diagnosefehlers verzögerten Behandlung einer Sinusvenenthrombose und dem geltend gemachten (Primär-)Schaden in Gestalt eines Commotio cerebri.

2. Die **vorwerfbar unterbliebene Diagnose einer Sinusvenenthrombose** kann im Einzelfall ein **Schmerzensgeld** für die bis zur richtigen Diagnosestellung und dem Behandlungsbeginn erlittenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen rechtfertigen.

i) Typische Schmerzen nach Koloskopie und Schmerzensgeld

OLG Dresden, Beschluss v. 14.10.2025 - 4 U 781/25

RID 25-04-130

www.juris.de

BGB §§ 253, 630a

Leitsatz: 1. Eine **Berufung** ist unzulässig, wenn sich die Begründung nicht gegen eine Abweisung der Klage wegen fehlender Passivlegitimation richtet, sondern ausschließlich materielle Einwendungen erhebt.

2. **Typische Schmerzen**, die im Rahmen einer **Koloskopie** auftreten, rechtfertigen auch dann kein **Schmerzensgeld**, wenn der Behandler zuvor eine nach dem Standard angemessene Sedierung versäumt hatte.

j) Adipositaschirurgische Operation

OLG Brandenburg, Beschluss v. 21.08.2025 - 12 U 94/24

RID 25-04-131

www.juris.de

BGB §§ 253, 278, 280, 630a ff., 823 I, 831

Bei einer **Leckage der Klammernahtreihe** kann es sich um eine typische Komplikation infolge der durch die Schlauchmagenoperationen entstehenden hohen Druckverhältnisse im Magen handeln. Wird bei der Operation eine Dichtigkeitsprüfung durch Füllung des Schlauchmagens mit einer Blau-Lösung durchgeführt und dokumentiert, wird eine Undichtigkeit ausgeschlossen. Auch ist eine solche Dichtigkeitsprüfung nicht zwingend vorgeschrieben, da allgemein nicht über intraoperativ sichtbare Undichtigkeiten berichtet wird, sondern sich solche Komplikationen regelmäßig erst postoperativ zeigen.

Bei einer nach der Operation auftretenden **stark ausgeprägten Stenose** von 3 cm im unteren Bereich des Schlauchmagens, aufgrund derer sich der nicht in den Zwölffingerdarm abfließende Mageninhalt aufstaut und zu Erbrechen und starken Verletzungen im Bereich der Speiseröhre führt, lässt nicht auf einen Behandlungsfehler schließen. Vielmehr handelt es sich um eine typische Komplikation, deren Ursache möglicherweise durch eine pathologisch festgestellte schwere Entzündung der Magenwand zu erklären ist.

3. Aufklärung

a) Aufklärungsverzicht gegenüber nichtärztlichem Mitarbeiter möglich

OLG Oldenburg, Urteil v. 13.12.2023 - 5 U 10/23

RID 25-04-132

www.juris.de = ZMGR 2025, 206

BGB §§ 630a ff.

Ein **Verzicht auf die Aufklärung** ist rechtlich möglich, auch ein entsprechender Teilverzicht, ebs. ein **Verzicht auf die Qualifikation** des Aufklärenden nach § 630e Abs. 1 S. 2 Nr. 1 BGB. Ein solcher Verzicht muss **nicht gegenüber einem Arzt erklärt** werden. Jedenfalls steht diesem Einwand das Verbot widersprüchlichen Verhaltens gemäß § 242 BGB entgegen, nachdem die Kl. den Verzicht

gegenüber einem Zeugen erklärt und die angebotene Aufklärung durch einen Arzt wiederholt abgelehnt hatte.

b) Unzutreffende Darstellung des Risikospektrums

OLG Dresden, Beschluss v. 29.09.2025 - 4 U 674/25

RID 25-04-133

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.

Leitsatz: Ein **Aufklärungsfehler** kann auch in der **unzutreffenden Darstellung des Risikospektrums** liegen, wenn hierdurch eine falsche Vorstellung über das Ausmaß der mit einer Behandlung verbundenen Gefahren erweckt und dadurch ein verhältnismäßig häufig auftretendes Risiko verharmlost wird; der Angabe von Prozentzahlen und konkreten Wahrscheinlichkeiten bedarf es hingegen nicht.

c) Kein zu erwartendes Schadensbild bei bestimmungsgemäßer Anwendung

OLG Köln, Beschluss v. 18.08.2025 - 5 U 23/23

RID 25-04-134

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.

Ist ein **Schadensbild** bei bestimmungsgemäßer und den ärztlichen Vorgaben entsprechender Anwendung **nicht zu erwarten**, muss nicht aufgeklärt werden (hier: über die bei der Patientin infolge der Anwendung des Medikaments Zyclara 3,75 % Creme aufgetretenen Hautschäden in Gestalt eines großflächigen, hochroten, teils ödematös geschwollenen und mit multiplen hämorrhagisch-serösen Krusten bedeckten Erythems).

4. Selbständiges Beweisverfahren

a) Mindestmaß an Substantiierung erforderlich

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 27.03.2025 - 8 W 21/24

RID 25-04-135

www.juris.de

ZPO § 487 Nr. 2

Ein Mindestmaß an Substantiierung ist auch **im selbständigen Beweisverfahren** zu fordern. Es genügt nicht die pauschale Frage nach dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers. Vielmehr müssen im Antrag gewisse Anhaltspunkte bezeichnet werden, aus denen sich das Vorliegen eines Behandlungsfehlers ergibt. Anderenfalls ist nicht erkennbar, welches Fehlverhalten dem Arzt vorzuwerfen ist.

b) Beendigung des Beweisverfahrens nach Ablauf einer Stellungnahmefrist

OLG Saarbrücken, Beschluss v. 29.09.2025 - 1 W 10/25

RID 25-04-136

www.juris.de

ZPO §§ 411 III, IV, 485, 492

Leitsatz: Ist ein selbständiges Beweisverfahren durch den **Ablauf** einer ordnungsgemäß gesetzten oder einer angemessenen **Stellungnahmefrist** zu dem eingeholten Gutachten **beendet**, findet eine **weitere Beweisaufnahme** grundsätzlich nicht mehr statt. Eine Fortsetzung der Beweisaufnahme kann dann nur noch im Hauptsacheverfahren erfolgen.

5. Erneute Beweisaufnahme im Berufungsverfahren und abweichendes Privatgutachten

OLG Dresden, Beschluss v. 29.09.2025 - 4 U 642/25

RID 25-04-137

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.

Leitsatz: Eine erneute Beweisaufnahme im Berufungsverfahren über eine Arzthaftungssache ist nicht allein deshalb geboten, weil das erstinstanzliche Urteil sich nicht mit einem vom Gerichtsgutachten abweichenden Privatgutachten auseinandersetzt, sofern sich in den Gerichtsgutachten Feststellungen hierzu befinden, die dem Berufungsgericht eine vollständige Beweiswürdigung erlauben.

6. Sachverständige

a) Ablehnungsgesuch: Einmalige Behandlung einer Partei

OLG Frankfurt a.M., Beschluss v. 13.10.2025 - 3 W 6/25

RID 25-04-138

www.juris.de

ZPO §§ 42, 406

Leitsatz: Ein medizinischer Sachverständiger kann nicht mit Erfolg allein deshalb abgelehnt werden, weil er eine Partei einmalig behandelt hat.

b) Provokation eines Ablehnungsgrundes durch Parteivertreter

LG Wiesbaden, Beschluss v. 02.08.2024 - 9 O 266/11

RID 25-04-139

www.juris.de

ZPO §§ 42 I, 406

Leitsatz: Provokation eines Ablehnungsgrundes durch Parteivertreter.

c) Befangenheitsantrag im selbständigen Beweisverfahren

OLG Köln, Beschluss v. 09.10.2025 - 5 W 28/25

RID 25-04-140

www.juris.de

ZPO §§ 42 II, 406

Leitsatz: 1. Sieht eine Partei darin einen Befangenheitsgrund, dass der im selbständigen Beweisverfahren bestellte Sachverständige den Gutachtenauftrag im schriftlichen Gutachten überschreitet, muss sie den **Befangenheitsantrag** bereits im selbständigen Beweisverfahren **unverzüglich** stellen. Der erst im Hauptsacheverfahren gestellte Befangenheitsantrag ist unzulässig.
2. Zur Frage, ob die einmalige **Antwort „Unsinn“ des Sachverständigen** auf eine Frage der Partei in der mündlichen Verhandlung die Besorgnis der Befangenheit rechtfertigt.
3. Ein **Mangel an Sachkunde** sowie **Unzulänglichkeiten oder Fehler des Gutachtens** begründen die Besorgnis der Befangenheit des Sachverständigen nicht.

7. Streitwertbemessung eines Feststellungsantrags für Zukunftsschäden

OLG Dresden, Beschluss v. 14.10.2025 - 4 U 860/25

RID 25-04-141

www.juris.de

GKG §§ 3, 9

Leitsatz: 1. Die **Streitwertbemessung eines Feststellungsantrags für Zukunftsschäden** in einer Arzthaftungssache bestimmt sich danach, welche Ansprüche auf der Grundlage des Klägervortrags denkbar erscheinen.
2. Wird **lediglich behauptet**, infolge eines Behandlungsfehlers bei der Haushaltsführung verlangsamt zu sein, kommt insofern der Ansatz eines **Haushaltsführungsschadens** für die Streitwertbemessung nicht in Betracht.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 09.12.2025. 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				
Abfall der Auszahlungsquote (Humangenetik)	B 6 KA 10/25 R	Stellt die Abweichung der Auszahlungsquote der Humangenetiker zu derjenigen der sonstigen Fachärzte von mehr als 15 Prozent in mehreren Quartalen auch dann eine dauerhafte Entwicklung dar und erfordert eine Reaktion der Kassenärztlichen Vereinigung, wenn die Quote in einem einzelnen Quartal unter der vom BSG benannten Erheblichkeitsschwelle von 15 Prozent lag? Umfasst die Beobachtungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung auch die Prüfung, ob eine auf typisierenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beruhende Bildung eines Honorartopfes zutreffend ist oder erhebliche Verwerfungen verursacht?	<i>LSG Berlin-Brandenburg,</i> Urt. v. 09.07.2025 - L 7 KA 13/23 -	25-04-3
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?	<i>SG Mainz,</i> 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein,</i> Urt. v. 27.08.2024 - L 4 KA 7/22 - - L 4 KA 8/22 -	24-04-9 25-03-4 NZB
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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> 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?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 25.11.2024 - L 12 KA 36/23 -	25-04-12
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?	<i>SG Potsdam,</i> Urt. v. 11.12.2024 - S 1 KA 6/23 -	25-02-16

Ermächtigung eines MVZ nach § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BMV-Ä	B 6 KA 8/25 R	Ist ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum eine „ärztlich geleitete Einrichtung“ im Sinne des § 5 Absatz 2 BMV-Ä und damit berechtigt, eine bedarfsunabhängige Institutsermächtigung gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und/oder Nummer 2 BMV-Ä zu beantragen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 10.07.2024 - L 11 KA 5/21 -	25-01-14 NZZ
---	---------------	--	--	-----------------

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung

Aufsichtsrechtlicher Verpflichtungsbescheid gegen K(Z)V	B 6 KA 9/25 R	Darf die Rechtsaufsicht eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung oder eines ihrer Organe verpflichten, für die Durchführung von beanstandeten Maßnahmen der internen Öffentlichkeitsarbeit (hier: Motorradausflüge) gezahlte Sitzungsgelder und Reisekosten zur Erstattung zu verlangen?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 06.12.2023 - L 1 KA 1/14 KL -	24-02-12 NZZ
---	---------------	--	---	-----------------

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 09.12.2025. 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				
Kryokonservierung: Sachleistung und Abrechnungsmöglichkeit durch Leistungserbringer	B 1 KR 10/25 R B 1 KR 19/25 R	Besteht ein Sachleistungsanspruch (hier: Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4 SGB V) bereits mit Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (hier: KryoRL) oder erst mit der Aufnahme der Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 27.02.2025 - L 1 KR 35/24 - <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 30.04.2025 - L 10 KR 383/24	25-04-30 25-04-31
Erhöhung des Festzuschusses: Unterbrechung der jährlichen Untersuchung	B 1 KR 8/25 R B 1 KR 22/25 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.02.2025 - L 5 KR 141/24 - <i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 30.04.2025 - L 16 KR 185/24	25-02-39 25-03-34

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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 11.12.2024 - L 4 KR 69/24 -	25-03-47
Sitzschale mit Untergestell für Besuch einer Kindertageseinrichtung	B 3 KR 16/25 R	Besteht ein Anspruch aus § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V auf Zweitversorgung mit einer Sitzschale mit Untergestell zum Besuch einer Kindertageseinrichtung erst ab Vollendung des dritten Lebensjahres?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 13.08.2025 - L 6 KR 7/23 -	25-04-45
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.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 07.03.2024 - L 5 KR 72/23 -	25-01-39 NZZ

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 NZZ
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
Fahrkosten				
Zuzahlung				
Rehabilitationsmaßnahmen				
Entwöhnungsbehandlung bei Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG	B 1 KR 20/24 R	Steht der Ruhestatbestand des § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V dem Anspruch eines gesetzlich Versicherten gegen seine Krankenversicherung auf eine Rehabilitationsmaßnahme im Zeitraum der Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG entgegen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 14.05.2024 - L 11 KR 3343/23 -	24-04-51
Krankenhauskosten				
Ablehnung eines Versorgungsvertrages	B 1 KR 1/25 R (alt: B 3 KR 1/25 R)	Ist die durch Krankenkassenverbände erfolgende Ablehnung, einen vom Krankenhaus gewünschten Versorgungsvertrag nach § 108 Nummer 3, § 109 Absatz 1 Satz 1 SGB V abzuschließen, ein Verwaltungsakt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 04.09.2024 - L 10 KR 825/21 KH -	25-01-83
Beweislast für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung	B 1 KR 31/24 R	Wer trägt die Beweislast für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung als Voraussetzung eines Vergütungsanspruchs?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 16.11.2022 - L 4 KR 18/21 -	25-02-78
Stationäre Aufnahme auf Intensivstation und Versterben innerhalb weniger Minuten	B 1 KR 34/24 R B 1 KR 23/25 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 - LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 08.01.2025 - L 4 KR 420/22 -	24-02-35 NZZ 26-01- NZZ
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
Alternative Abrechnung einer ambulanten Behandlung: Gabe des Arzneimittels Nivolumab	B 1 KR 17/25 R	Kann die stationär erfolgte Gabe des Arzneimittels Nivolumab nach den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens, nach bereicherungsrechtlichen Grundsätzen oder nach § 8 Absatz 3 KHEntgG im Rahmen einer vorstationären Behandlung abgerechnet werden, wenn die Behandlung des Versicherten mit den Mitteln eines Krankenhauses nicht notwendig war, das Krankenhaus aber auch nicht zur ambulanten Versorgung des Versicherten berechtigt war?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 11.06.2025 - L 10 KR 1119/23 KH -	25-03-60
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 KHEntg zulässig ist (NUB-2-Status), vom Krankenhaus gesondert abrechenbar oder bereits mit den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 Absatz 1 KHEntg abgegolten?	LSG Thüringen , Urt. v. 11.04.2024 - L 2 KR 683/21 -	25-02-82
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
Präklusion einer hilfsweise geltend gemachten Nebendiagnose	B 1 KR 20/25 R	Zur hilfsweisen Nachkodierung einer Nebendiagnose nach Ablauf der Präklusionsfrist des § 7 Absatz 5 PrüfV 2016.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 21.08.2025 - L 5 KR 9/24 -	25-04-63
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 -	25-04-59
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
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 AMPreisV 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
Substitution durch Rabattpräparat	B 3 KR 14/25 R	Zur Ersetzung eines verordneten Importarzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Rabattarzneimittel.	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 18.09.2025 - L 6 KR 35/23 -	25-04-84
Schiedsspruch: Apothekenzuschläge für parenterale Lösungen	B 3 KR 13/25 R	Stellt § 5 Absatz 6 Arzneimittelpreisverordnung eine zwingende Preisobergrenze für Herstellungszuschläge dar?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 20.08.2025 - L 16 KR 423/22 KL -	25-04-85
Markteinführung eines neu eingeführten Arzneimittels und Preisabschlag	B 3 KR 9/25 R	Zur Festlegung des Abschlags gemäß § 130a Absatz 3a Satz 4 SGB V.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 26.02.2025 - L 10 KR 670/23 -	25-03-97
Begründung eines Schiedsspruches (Physiotherapie) bis zur letzten mündlichen Verhandlung	B 3 KR 9/24 R Termin: 18.12.2025	Zur Auslegung des § 125 Absatz 5 SGB V hinsichtlich des Gestaltungsspielraums, der Frist sowie der inhaltlichen und formellen Anforderungen an die Begründung eines Schiedsspruches.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 19.04.2024 - L 1 KR 9/23 KL -	24-03-112
Ausgleich pandemiebedingter finanzieller Belastungen an Heilmittelerbringer	B 3 KR 12/24 R B 3 KR 15/24 R B 3 KR 16/24 R Termin: 18.12.2025	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
Schiedsspruch über Vergütungsbetrag für digitale Gesundheitsanwendung	B 3 KR 12/25 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruches der Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 SGB V, mit dem der Vergütungsbetrag für eine digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) festgesetzt wurde.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 20.02.2025 - L 4 KR 196/23 KL	25-03-104
Krankentransportunternehmen: Rechnungslegungsvorschrift als Ausschlussfrist	B 3 KR 11/25 R	Kann in einem Versorgungsvertrag für Krankentransportfahrten eine anspruchsausschließende Frist von einem Jahr wirksam vereinbart werden?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 10.07.2024 - L 4 KR 80/23 -	25-03-103
Krankentransport (Duldungsvollmacht bei Übernahme Schiedsverfahrensergebnis)	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 B 1 KR 12/25 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 - - L 5 KR 306/21 KL -	25-03-105 25-03-106-
--	----------------------------------	--	--	-------------------------

GBA

Sonstiges