

Rechtsprechungsinformationsdienst 26-01

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 2018	6
2. Erstattung von Kosten bzgl. der Anbindung an die Telematikinfrastruktur als Pauschale	7
II. Weiterbildungsassistent/Notdienst	7
1. Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen	7
2. Befreiung vom Notdienst: Substitutionsarzt	7
III. Sachlich-rechnerische Berichtigung	8
1. Genehmigungsfreie Vertretung bei vakanter Angestelltenstelle nicht über sechs Monate	8
2. Weiterbildungsassistent ohne Genehmigung: Schätzung der Honorarrückforderung	8
3. Verlängerung der Fünfjahresfrist zur Erbringung des Fortbildungsnachweises	9
4. Fehlende Einschreibung nach dem DMP-Vertrag Diabetes	10
5. Extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten: Neugründung einer Praxis nach Beendigung der BAG	10
6. Laserleistungen wegen Feuermalen	11
a) Vergütung der gesamten Lasertherapie des Hautareals (Nr. 10320 EBM)	11
b) Vergütung der gesamten Lasertherapie/Dokumentation (Nr. 10320, 10322 u. 10324 EBM)	11
7. Erstattungsansprüche einer Krankenkasse nach einseitiger Abtretung der KV	11
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	12
1. Abrechenbarkeit der Nr. 181a BEMA	12
2. Arzneikostenregress	12
a) Kein wirksamer Prüfantrag durch Rezeptprüfstelle	12
b) Richtgrößenprüfung	13
aa) Fachübergreifende BAG: Ermittlung der Vergleichswerte	13
bb) Überschreitung des Richtgrößenvolumens: Anhörung vor Gründung der BAG	14
V. Zulassungsrecht	14
1. Entsperrung des Planungsbereichs: Auswahlermessen und bestmögliche Versorgung	14
VI. Bundessozialgericht (BSG)	15
1. Aufschlag auf Zusatzpauschale zu Nr. 04000 EBM: Jobsharing-BAG	15
2. Regionale Mengensteuerung im Labor ab Quartal II/18	15
3. Kein Anspruch auf Umwandlung einer Sonderbedarfs- in eine Regelzulassung	16
4. Hausarztzentrierte Versorgung: Fehlerhafte Abrechnung des Arztes	17
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	18
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	18
1. Osteopathische Behandlungen	18
2. Zahnärztliche Leistungen	18
a) Versorgung mit implantologischen Leistungen	18
aa) Möglichkeit einer konventionellen prothetischen Versorgung	18
bb) Kieferatrophie keine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen	18
b) Erledigung eines ablehnenden Bescheids mit Einreichung eines neuen Heil- und Kostenplans	18
II. Stationäre Behandlung	19
1. Abdominoplastik sowie Oberarm- und Oberschenkelstraffung	19
2. Postbariatrische Oberarmstraffung beidseits	19
3. Brustverkleinerung: Klageänderung auf Kostenerstattung	19
4. Nierentransplantation in den Niederlanden	20
III. Arzneimittel	20

1. Lifestyle-Arzneimittel: Wegovy (Semaglutid) zur Gewichtsregulierung	20
2. Keine Kostenübernahme für auf Privatrezept verordnete homöopathische Arzneimittel	20
3. Cannabisblüten: Begründete Einschätzung eines Arztes mit ruhender Approbation	20
4. Fertigarzneimittel Avastin® zur palliativen Therapie eines Glioblastoms	21
5. Fertigarzneimittel Keytruda (Wirkstoff: Pembrolizumab) bei Sarkom der Bauchdecke	21
IV. Hilfsmittel	21
1. Aktivrollstuhl	21
a) Versorgung mit zweitem Aktivrollstuhl und Ausfallzeiten	21
b) Aktivrollstuhl zusätzlich zu schon vorhandenem Elektrorollstuhl	22
2. Therapiefahrrad als Transportmittel	22
3. Ganzkörpersportorthese Typ „Mollii Suit“	22
a) Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung bei Fibromyalgie	22
b) Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung bei Ataxie	22
4. Thorax-Orthese	23
5. Assistenzhund bei psychischer Erkrankung	23
6. Hörgeräteversorgung	23
a) Freiburger Sprachtest als Entscheidungsgrundlage	23
b) Glaubhaftmachung einer besonderen Eilbedürftigkeit	23
7. Real-Time-Glukosemesssysteme (rtCGM-System): Verordnung durch Nichtdiabetologen	24
8. Wassersterilfilter	24
V. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten	24
1. Häusliche Krankenpflege	25
a) Schulbegleitung als Diabetes-Assistenz	25
aa) Krankenbeobachtung als Maßnahme der Behandlungssicherungspflege	25
bb) Notwendigkeit einer ständigen Beobachtung	25
cc) Starke Schwankungen der Blutzuckerwerte	26
b) Medikamentengabe in einer Eingliederungseinrichtung	26
c) Außerklinische Intensivpflege	26
aa) Beatmung und Sekretabsaugung bei amyotropher Lateralsklerose und Schlaganfall	26
bb) Keine Einbeziehung von Folgeverordnungen	27
2. Rehabilitationsmaßnahme in Wunschklinik	27
3. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung: Fehlende Verordnung	27
VI. Angelegenheiten der Krankenhäuser	28
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	28
a) Vollstationäre statt ambulante Behandlung	28
aa) Intensivstation: Reanimation ohne weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen	28
bb) AOP-Katalog: Begründungspflicht (Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörgangs)	29
cc) Multimodale Schmerztherapie: Ausschöpfen ambulanter Behandlungsmöglichkeiten	29
dd) Versorgung mit einem Cochlea-Implantat: Überprüfung der Hörgeräteversorgung	29
ee) Prostatabiopsie	30
b) Versorgungsauftrag	30
aa) Hinweis auf flughafentypisches Klientel in Versorgungsvertrag	30
bb) Versorgungsauftrag Chirurgie umfasst Gebiet der Viszeralchirurgie	30
c) Rehabilitationsbehandlung statt Krankenbehandlung	30
aa) Vorwiegend Anwendung von Heilmitteln	30
bb) Stationäre Rehabilitationsbehandlung ausreichend	31
cc) Erlernen einer Abfuhrmethode mit anal eingeführter Flüssigkeit	31
d) Keine nachstationäre Behandlung bei möglicher ambulanter Behandlung	31
e) Kürzung der Verweildauer durch Krankenhaus	32
f) Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff	32
g) Bestätigung des Mitgliedschaftsverhältnisses durch Krankenkasse	32
h) Erfüllungswirkung einer Zahlung	32
i) Höhe der Verzugszinsen	33
2. Prüfvereinbarung	33
a) Zulässigkeit zur Berichtigung von Abrechnungsfehlern	33
b) Fehlende Konkretisierung der Krankenhausunterlagen durch MDK	33
c) Präklusion der erst im Klageverfahren vorgelegte Behandlungsunterlagen	34
d) Umfang einer Fehlbelegungsprüfung und Einwendungsausschluss im Gerichtsverfahren	34
e) Fehlen von Strukturvoraussetzungen (Intensivmedizinische Komplexbehandlung)	34
f) Geltung des Aufrechnungsverbots/Geltungsumfang der PrüfV 2016	34
g) Aufrechnungsausschluss: Regelwerk der Klageforderung	35
3. Fallpauschalen	35
a) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	35
b) Hämorrhagische Diathese als Nebendiagnose (markumarisierter Patient)	35
c) Operative Versorgung einer schweren Trochleadysplasie und einer MPFL-Ruptur	36

d) Polysomnographie bei Kleinkindern	36
e) Kodierung einer Sepsis als Hauptdiagnose	36
4. Widerlegung einer Mindestmengenprognose: Fehlender Versorgungsauftrag	36
5. Bescheinigung über die Erfüllung der OPS-Strukturmerkmale (Einstweiliger Rechtsschutz)	37
6. Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	37
a) Dokumentation des häuslichen Umfelds	37
b) „Wöchentliche“ Visiten	37
7. Spezialfachärztliche Versorgung: Vergütung der onkologischen Strahlentherapie	37
8. Aufwandspauschale/Aufschlagszahlung	38
a) Rückerstattung und Verbot unzulässiger Rechtsausübung	38
b) Anspruch auf eine Aufschlagszahlung	38
9. Kostengrundentscheidung: „Gebührenschniderei“ und Austesten der Erfolgsaussichten	38
VII. Beziehung zu Leistungserbringern	39
1. Pharmazeutische Unternehmen	39
a) Aufhebung eines Festbetrags für die Festbetragsgruppe „Lithium“	39
b) Abschlagspflicht nach § 130a Abs. 3b SGB V	40
2. Physiotherapeuten: Fehlerhafter Indikationsschlüssel	40
3. Hebammenhilfevertrag: Schiedsspruch/Teilbarkeit	40
4. Belegungsverträge von Rehabilitationseinrichtungen mit Rentenversicherung	41
5. Kein Leistungsanspruch des Leistungserbringers während Ruhens des Versichertenanspruchs	41
VIII. Beziehungen der Krankenkassen	41
1. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	41
2. Risikostrukturausgleich: Klage auf ordnungsgemäße Durchführung der Prüfverfahren	42
IX. Verfahrensrecht/Streitwert	42
1. Subsidiarität einer Feststellungsklage	42
2. Untätigkeitsklage: Widerspruchsbegründung und Untätigkeit einer Krankenkasse	42
3. Eintritt einer Klagerücknahmefiktion nach Betreibensaufforderung	42
4. Wiederaufnahme eines beendeten Verfahrens nach Erledigung	43
5. Streitwert bei Untätigkeitsklagen	43
X. Bundessozialgericht (BSG)	43
1. Krankentransport ohne vorherige Genehmigung	43
2. Krankenhäuser	43
a) Verlegungsabschluss: Vollstationäre Behandlung nach teilstationärer Dialysebehandlung	43
b) Ambulante Entbindung: Mindestfallpauschalenvergütung für stationäre Entbindung	43
c) Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL	44
d) Keine zweite Korrektur durch Nachkodierung der Nebendiagnosen	44
e) Durchführung einer Bronchoskopie	44
f) Aufwandspauschale: Verzugszinsen	44
g) Erstattungsanspruch der im Erörterungsverfahren angefallenen Rechtsanwaltskosten	45
3. BVerfG/Apotheken: Exklusivwirkung und Parenterale Zubereitungen	45
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	46
I. Ärztliches Berufsrecht	46
1. Approbation/Berufserlaubnis	46
a) Erteilung der Approbation bei Sehbehinderung	46
b) Widerruf der Approbation	46
aa) Verurteilung wegen Sexualstraftaten zulasten von Patienten	46
bb) Anordnung des Sofortvollzugs: Unzureichende Begründung	46
c) Gleichwertigkeitsprüfung	47
aa) Ergänzende Heranziehung des fachlich-inhaltlichen Instrumentariums	47
bb) Streitwert bei Gleichwertigkeitsfeststellung	47
cc) Streitwert bei Kenntnisprüfung	47
d) Berufserlaubnis	47
aa) Fehlens eines Nachweises über Gleichwertigkeit: Berufserlaubnis mit Nebenbestimmungen	47
bb) Berufsausübung nur in Anwesenheit eines Arztes	48
cc) Abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf	48
2. Strafrecht	48
a) BGH/Sterbehilfe bei manisch-depressiver Grunderkrankung: Verurteilung wegen Totschlags	48
b) Fahrlässige Tötung durch Unterlassen: Massiver Blutverlust während Operation	49
3. Berufspflichten	49
a) Nichtentrichtung von Kammerbeiträgen	49
b) Kostengrundentscheidung nach Erledigung	49

4. Sozialversicherungspflicht	50
a) Nebenberufliche Betreuung von Herzsportgruppen durch Betriebsarzt	50
b) Ärztliche Betreuung und Behandlung von Gefangenen in der Justizvollzugsanstalt	50
c) Tätigkeit eines in Deutschland niedergelassenen Arztes in der Schweiz	59
5. Betäubungsmittelrechtliche Kontrolle einer Substitutionspraxis ohne Voranmeldung	51
6. Stillbeschäftigungsverbot einer Zahnärztin: Gefährdungsbeurteilung	51
II. Arzthaftung	51
1. Bundesgerichtshof (BGH)	51
a) Haftung niedergelassener Ärzte für einen Impfschaden durch die Corona-Schutzimpfung	51
b) Organisationsverschulden bei einem unzureichend organisierten ärztlichen Nachtdienst	52
c) Hypothetische Einwilligung und rechtmäßiges Alternativverhalten	52
2. Behandlungsfehler	52
a) Nabelschnurvorfall bei Transport einer Schwangeren in Geburtsklinik	52
b) Unterlassen einer Notfallsectio	53
c) Intervalle der Sichtkontrolle bei Suizidgefährdung	53
d) Staatshaftung nach Corona-Schutzimpfung	53
e) Antragsrücknahme Sachverständigenanhörung/Beweiserleichterung wg. Dokumentationsmangels	53
3. Aufklärung	54
a) Aufklärung vor einer vaginalen Hysterektomie	54
b) Aufklärung über Operationsrisiken und -techniken (vaginale Hysterektomie)	54
c) Aufklärung über die Größe des Implantats (Handfraktur)	54
4. Selbständiges Beweisverfahren	55
a) Rechtliches Interesse/Kein Direktanspruch gegen Haftpflichtversicherer eines Krankenhauses	55
b) Keine Anfechtbarkeit der Ablehnung der Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens	55
5. Sachverständige: Besorgnis der Befangenheit	55
a) Ermessensausübung des Sachverständigen bzgl. Anwesenheit von Vertrauenspersonen	55
b) Verspäteter Einwand/Inhaltliche Mängel am Gutachten	55
6. Verjährung: Grob fahrlässige Unkenntnis von ärztlichen Behandlungsfehlern	56
7. Kein Anspruch des Vaters eines Patienten auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen	56
8. Anwesenheit von Fachleuten der Herstellerfirmen	56
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	57
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	59

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 11.02.2026 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

1. Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 2018

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.09.2025 - L 7 KA 24/24

RID 26-01-1

Revision anhängig: B 6 KA 11/25 R

www.juris.de

SGB V §§ 87, 87b

Dass das BSG die **Heranziehung des obersten Einnahmedrittels** nur gebilligt habe, weil für eine noch enger definierte oberste Umsatzklasse keine ausreichend belastbaren Daten vorgelegen hätten oder dass der Bewertungsausschuss bei Vorliegen ausreichender Daten für eine enger definierte oberste Umsatzklasse verpflichtet sei, darauf abzustellen, kann der Rechtsprechung des BSG nicht entnommen werden.

Die **Berücksichtigung von Mehrumsätzen** aus Gruppentherapien, Substitutionseffekten und der Pauschale zur fachärztlichen Grundversorgung ab dem Juli 2018 ist jedenfalls im Ergebnis nicht zu beanstanden. Der Bewertungsausschuss war unter Berücksichtigung seines weiten Gestaltungsspielraums nicht verpflichtet, die Belastungsgrenze und den fiktiven Maximalumsatz eines Psychotherapeuten allein auf die in der früheren BSG-Rspr. zugrunde gelegte (Modell-)Annahme zu stützen, dass ein vollausgelasteter Psychotherapeut 1.548 Stunden (36 Stunden x 43 Arbeitswochen) antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen erbringt. Es ist dementsprechend grundsätzlich nicht zu beanstanden, die 36-Stunden-Grenze um Anteile nicht antrags- und genehmigungspflichtiger Leistungen zu erhöhen und sich daraus ergebende Mehrumsätze bei der Festlegung der maximal erzielbaren Umsätze zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung der Mehrumsätze ist auch ihrem Umfang nach im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Der Bewertungsausschuss hat hinsichtlich der **Quartale I und II/18** bei der Bestimmung des Vergleichsertrages seinen Gestaltungsspielraum dadurch überschritten, dass er bei der Ermittlung des Vergleichsertrages für die Quartale I und II/18 (hinsichtlich der Umsätze) auf **veraltete Daten** des Jahres 2012 zurückgegriffen hat, obwohl zu Beginn des Quartals I/18 neuere KBV-Abrechnungsdaten (die für das vorvergangene Jahr 2016) verfügbar waren. So hat der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Daten des Jahres 2012 einen Vergleichsertrag in Höhe von 96.411 € ermittelt und auf der Grundlage der Abrechnungsdaten 2016 einen Vergleichsertrag in Höhe von 119.410 €. Dass diese erhebliche Abweichung (von etwa 23.000 €) vor allem auf geringere Betriebsausgaben der Vergleichsarztgruppen beruht (was sich anhand der entscheidungserheblichen Gründe nicht abschließend beurteilen lässt), ist unwahrscheinlich. Die sich aus dem beanstandeten Beschluss ergebende Vorgehensweise des Bewertungsausschusses bei der Ermittlung des Vergleichsertrags in den Quartalen I und II/18 erscheint daher auch vor dem Hintergrund des (wahrscheinlich) erheblichen Umfangs der Abweichung, die sich am Ziel der Gewährleistung einer angemessenen Höhe der Vergütung messen lassen muss, schlechterdings nicht mehr vertretbar.

Streitig war die Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für die Quartale I bis IV/18. Die Kl. ist psychologische Psychotherapeutin. **SG Potsdam**, Urt. v. 24.04.2024 - S 1 KA 11/23 WA - verpflichtete die Bekl., die Honorarbescheide abzuändern und über die Vergütung für die Quartale I bis IV/18 neu zu entscheiden. Das **LSG** verpflichtete auf die Berufungen der Kl., der Bek. und des Beigel. zu 1, über die Vergütung der Leistungen in den Quartalen I und II/18 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats nach Änderung des EBM erneut zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Klage ab und die Berufungen zurück.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.09.2025 - L 7 KA 22/24

RID 26-01-2

Revision anhängig: B 6 KA 12/25 R

www.juris.de

2. Erstattung von Kosten bzgl. der Anbindung an die Telematikinfrastruktur als Pauschale

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.11.2025 - L 5 KA 2730/24

RID 26-01-3

Revision anhängig: B 6 KA 15/25 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. §§ 291, 291a

Leitsatz: Die pauschale **Erstattung von Kosten** für die Einführung und den Wirkbetrieb als Folge der **Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI)** ist abschließend in § 291a Abs. 7 SGB V i.d.F. vom 21.12.2015 und der Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebs der TI gemäß § 291 Abs. 7 Satz 5 SGB V sowie zur Abbildung nutzungsbezogener Zuschläge gemäß § 291a Abs. 7b Satz 3 SGB V vom 14.12.2019 in der Fassung vom 13.06.2018 (im Folgenden „**TI-Finanzierungsvereinbarung**“) geregelt. Den Vertragsärzten steht eine Erstattung **tatsächlicher Kosten** für Erstausrüstung sowie der tatsächlich verauslagten Betriebskosten nicht zu. Den Regelungen in §§ 291, 291a SGB V a.F. ist nicht zu entnehmen, dass die Pauschalen kostendeckend im Sinne einer Vollkostenerstattung sein müssen. Derartige ergibt sich weder aus dem Wortlaut, noch aus der Gesetzesbegründung, noch aus der Systematik und auch nicht aus den Nachfolgeregelungen der §§ 376, 378 SGB V.

Zwischen den Beteiligten stand der Umfang der Kostenerstattung im Zusammenhang mit dem Anschluss der vertragsärztlichen Praxis der Kl., einer Fachärztin für Orthopädie, an die Telematikinfrastruktur (TI) im Rahmen des Honorarbescheides für das Quartal III/18 im Streit. Die Bekl. erstattete für die Erstausrüstung der TI eine Pauschale i.H.v. 3.054,00 € und für die Betriebskosten der TI ein Betrag i.H.v. 94,30 € (insgesamt 3.148,30 €). Die Kl. machte geltend, ihre Kosten würden sich auf 3.889,73 € (Erstausrüstung TI: 3.778,50 € + Betriebskosten TI: 111,23 €) belaufen. *SG Stuttgart*, Ur. v. 01.08.2024 - S 12 KA 3548/19 - verurteilte die Bekl., die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden. Das **LSG** wies auf die Berufung der Bekl. und des zu 2) beigel. GKV-Spitzenverbands die Klage ab.

II. Weiterbildungsassistent/Notdienst

1. Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen

LSG Hessen, Urteil v. 19.11.2025 - L 4 KA 29/24

RID 26-01-4

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 75a, 79, 101; GG Art. 3 I, 12 I

Es besteht kein Anspruch auf **finanzielle Förderung der Weiterbildung** einer Ärztin, wenn das Fachgebiet (hier: Phoniatrie und Pädaudiologie), das von der angestellten Weiterbildungsassistentin als Facharztarztprüfung angestrebt wird, in der **Richtlinie** nicht aufgeführt ist. Dabei ist für die Frage der Förderfähigkeit der Weiterbildung nicht auf das Weiterbildungsgebiet abzustellen, in dem lediglich der fragliche **Weiterbildungsabschnitt** (hier: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) erfolgen soll, sondern maßgeblich ist das **Weiterbildungsgebiet** i.S. des Fachgebiets, in dem die Facharztprüfung (hier: Phoniatrie und Pädaudiologie) angestrebt wird.

Die Feststellung der Förderfähigkeit auf regionaler Ebene räumt Partnern eines Normsetzungsvertrags einen gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren **Gestaltungsspielraum** ein. Bei der Entscheidung, welche Normadressaten durch finanzielle Zuwendungen des Staates gefördert werden sollen, ist der Gesetzgeber weitgehend frei.

Die Beteiligten stritten um die finanzielle Förderung einer ärztlichen Weiterbildungsassistentin. *SG Marburg*, Gerichts. v. 17.05.2024 - S 18 KA 160/22 - RID 24-03-9 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Befreiung vom Notdienst: Substitutionsarzt

SG Marburg, Urteil v. 21.01.2026 - S 18 KA 310/24

RID 26-01-5

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 75 I 1; BDO KV Hessen § 3 VIII 1, 3 lit. E

Leitsatz: Substitutionsärzte haben einen Anspruch auf **Befreiung von der Teilnahmepflicht am Ärztlichen Bereitschaftsdienst**.

Der Kl., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begehrte im Verwaltungsverfahren erfolglos die Befreiung vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Bekl. aufgrund seiner Tätigkeit im Rahmen der Methadonsubstitution. Das *SG* verpflichtete die Bekl., über den Antrag des Kl. auf Befreiung vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes erneut zu entscheiden.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 21.01.2026 - S 18 KA 258/24

RID 26-01-6

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

III. Sachlich-rechnerische Berichtigung

1. Genehmigungsfreie Vertretung bei vakanter Angestelltenstelle nicht über sechs Monate

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.09.2025 - L 11 KA 8/23

RID 26-01-7

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d; Ärzte-ZV § 32b VI

Weder § 32 Abs. 1 i.V.m. § 32b Abs. 6 S. 2 Teils. 2 Ärzte-ZV noch § 32b Abs. 6 S. 2 Ärzte-ZV sieht eine über die dort geregelte Dauer von **sechs Monaten** hinausgehende **genehmigungsfreie Vertretung** für den Fall der Verhinderung wegen einer verzögerten Nachbesetzung vor (für den Fall der Verhinderung wegen eines Berufsverbots siehe BSG, Beschl. v. 17.12.2019 - B 6 KA 29/19 B - juris, Rn. 8).

Eine **analoge Anwendung** von § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV in dem Sinne, dass im Fall der Verlängerung der Nachbesetzungsfrist durch den Zulassungsausschuss die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt für die Dauer der verlängerten Nachbesetzungsfrist zulässig ist, scheidet aus. Denn die hierfür erforderliche planwidrige Regelungslücke ist nicht erkennbar. Ebenso wenig folgt die Berechtigung zur weiteren Tätigkeit als Vertreter aus einer analogen Anwendung von § 4 Abs. 3 BMV-Ä.

Ein Honoraranspruch kann im Bereich des Vertragsarztrechts nicht über die Anwendung des Instituts des **sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs** begründet werden (LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 26.10.2022 - L 11 KA 7/22 - juris Rn. 76, RID 23-04-4).

Die Kl. ist Trägerin eines MVZ. Bis zum Dezember 2017 war dort die Fachärztin für Laboratoriumsmedizin Frau E. mit einem Anrechnungsfaktor 0,5 angestellt. Mit Schreiben vom 31.12.2017 zeigte die Kl. die Vertretung ab Januar 2018 durch Herrn N., Arzt für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie und Virologie und Gründer des MVZ, an. Die Bekl. teilte der Kl. mit, dass die Vertretung zulässig und eine Genehmigung nicht erforderlich sei. Der Zulassungsausschuss verlängerte die Frist zur Nachbesetzung der vakanten Arztstelle bis zum 31.12.2018. Mit Schreiben vom 10.12.2018 beantragte die Kl. unter Verweis auf die verlängerte Nachbesetzungsfrist, die von Herrn N. abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen ab dem 01.07.2018 zumindest in analoger Anwendung des § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV, § 4 Abs. 3 BMV-Ä in den entsprechenden Honorarbescheiden zu erfassen. Die Bekl. teilte der Kl. mit, aufgrund der nach Maßgabe von § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV für einen angestellten Arzt für die Dauer von sechs Monaten zulässigen Beschäftigung eines Vertreters sei die Vertretung des vakanten Angestelltensitzes lediglich bis zum 30.06.2018 zulässig gewesen. In den Honorarbescheiden für die Quartale III und IV/18 setzte die Bekl. die durch N. erbrachten Leistungen ab. *SG Dortmund*, Ur. v. 08.02.2023 - S 16 KA 133/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Weiterbildungsassistent ohne Genehmigung: Schätzung der Honorarrückforderung

SG Hamburg, Urteil v. 21.05.2025 - S 3 KA 30/21

RID 26-01-8

www.juris.de

SGB V § 106d; Ärzte-ZV § 32 I, II

Leitsatz: 1. Die **Genehmigung der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten** kann, auch wenn die Voraussetzungen für die Genehmigung vorgelegen haben, der Antrag aber nicht rechtzeitig gestellt worden ist, **nicht rückwirkend** erteilt werden.

2. Die Höhe der **Honorarrückforderung** im Falle des nicht genehmigten Weiterbildungsassistenten unterliegt der **Schätzung**

3. Werden mehrere Weiterbildungsassistenten (in Teilzeit) beschäftigt, ist auch ihre **Arbeitsleistung** bei der Schätzung bis zur Obergrenze der zulässigen Anzahl an Weiterbildungsassistenten zu berücksichtigen.

Die Kl., eine Fachärztin für Hautkrankheiten, führte eine Praxis mit 2,5 Vertragsarztsitzen. Als angestellte Fachärztinnen waren Dr. B., Dr. W. und Dr. C. in der Praxis tätig. Die Kl. hatte eine Weiterbildungsbefugnis für Haut- und Geschlechtskrankheiten und eine für Allergologie. Dr. W. hatte eine kumulative Weiterbildungsbefugnis für Haut- und Geschlechtskrankheiten in einem Umfang von 10 Wochenstunden. Dr. B. hatte eine Weiterbildungsbefugnis im Fach Haut- und Geschlechtskrankheiten im Umfang von 38 Wochenstunden. Ab dem 01.02.2016 war Dr. S. durchgängig als Weiterbildungsassistentin im Bereich Haut- und Geschlechtskrankheiten bei der Kl. tätig. Hierfür lag eine Genehmigung vom 01.02.2016 bis zum 31.01.2019 und wieder ab dem 01.03.2020 vor. Eine am 03.03.2020 rückwirkend für die Zeit vom 01.02.2019 bis zum 29.02.2020 beantragte Genehmigung erteilte die Bekl. nicht. In der Zeit vom 01.05.2018 bis zum 17.02.2020 war außerdem Dr. B1. als Weiterbildungsassistentin im Bereich Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Praxis der Kl. tätig und in einem Umfang von 20 Stunden der Kl. und Dr. W. und in einem Umfang von 20 Stunden Dr. B. zugeordnet. Vom 01.04.2019 bis zum 29.02.2022 war Dr. H. als Weiterbildungsassistentin für Allergologie im Umfang von 20 Stunden ebenfalls der Kl. zugeordnet. Die Bekl. nahm eine Honorarberichtigung für die Quartale I/19 bis I/2020 in Höhe von 75.665,68 € vor. Die Kl. habe Dr. S. in der Zeit vom 01.02.2019 bis zum 29.02.2020 ohne die erforderliche Genehmigung als Weiterbildungsassistentin in Teilzeit beschäftigt. Die von Dr. S. erbrachten Leistungen seien gegenüber der Bekl. abgerechnet worden, wodurch ihr ein Schaden in Höhe des hierfür gezahlten Honorars entstanden sei. Der Berechnung lege sie für die Quartale II bis IV/19 das Gesamthonorar der Kl. zugrunde; für die Quartale I/19 und I/20 im Hinblick darauf, dass Dr. S. jeweils nur zwei Monate ohne Genehmigung tätig war, jeweils 2/3 des Gesamthonorars der Kl. Wegen der Teilzeitbeschäftigung von Dr. S. im Umfang von 50 % teilte sie das Gesamthonorar abzüglich Notdienst jeweils durch zwei und berechnete hiervon als Rückforderung pauschal 30 %. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das SG hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit die Rückforderungssumme 35.302 € übersteigt, und verurteilte die Bekl., an die Kl. den 35.302 € übersteigenden Betrag zurückzuzahlen. Im Übrigen wies es die Klage ab.

3. Verlängerung der Fünfjahresfrist zur Erbringung des Fortbildungsnachweises

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 18.12.2025 - L 11 KA 17/25 B ER

RID 26-01-9

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95d; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Eine **Rechtsbehelfsbelehrung** ist fehlerhaft, wenn in ihr als Formen der elektronischen Widerspruchseinlegung allein die Übermittlung eines elektronischen Dokuments mit qualifizierter elektronischer Signatur (unter Hinweis auf § 36a Abs. SGB I) und als Alternative die Möglichkeit genannt werden, den Widerspruch über das digitale Antragsmanagement der KV einzureichen, und nicht auch auf die seit dem 01.01.2024 vorgesehene Möglichkeit der schriftformersetzenden Einlegung über den sicheren Übermittlungsweg des elektronischen Bürger- und Organisationenpostfachs (§ 130a Abs. 2 S. 2 ZPO i.V.m. §§ 10-13 Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung) hingewiesen wird. Ferner fehlt auch ein Hinweis auf die Versandart nach § 5 Abs. 5 De-Mail-Gesetz (§ 36a Abs. 2a Nr. 2 d) SGB I). Nach § 95d Abs. 3 S. 3 SGB V ist eine **Kürzung erst nach Fristende** vorzunehmen.

Eine **Verlängerung der Fünfjahresfrist** zur Erbringung des Fortbildungsnachweises aus **persönlichen Gründen** sieht das Gesetz nicht vor.

Für das nicht antragsgebundene **Ruhen der Zulassung** ist erforderlich, dass der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Zeit zu erwarten ist.

Die Ast. ist Fachärztin für Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde und seit Juli 2010 zugelassen. Sie wandte sich im einstweiligen Rechtsschutz gegen Kürzungen ihres Honoraranspruchs gem. § 95d SGB V für die Quartale I bis IV/24. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die Nachweisfrist um zwei Jahre bis zum 20.12.2023 verlängert. Die Ast. machte hinsichtlich einer Fristverlängerung geltend, sie und ihr Ehemann hätten sich nach der Krebsdiagnose ihrer damals 19-jährigen Tochter im September 2021 durchgehend um sie und ihren damals 7-jährigen Sohn gekümmert. Sie habe ihre Arztpraxis geschlossen, um ihre Tochter in den Tod begleiten zu können. Nach der Bestattung der Tochter sei der Aufenthalt in ihrem Haus in O. unerträglich gewesen, weswegen sie in eine kleine Wohnung nach Y. gezogen seien, in der sie immer noch mit ihrer Familie lebe. Zurzeit pendele sie zwischen Y. und dem Praxissitz in G., dabei verbringe sie ca. drei Stunden täglich auf der Autobahn. Ihre Zahlen seien drastisch eingebrochen, sodass sie zusätzlich finanzielle Einbußen erleide. Im Juni 2024 teilte die Ag. der Ast. mit, dass sie ihr ausnahmsweise eine einmalige Fristverlängerung von drei Monaten gewähre. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 14.08.2025 - S 7 KA 43/25 ER - lehnte den Antrag, die Vollstreckung aufzuheben, die Kosten des Verfahrens nebst Zinsen der Ag. aufzuerlegen und über den Widerspruch unverzüglich zu entscheiden, ab. Das LSG ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Bescheid vom 23.10.2024 an und

verpflichtete die Ag. einstweilen, für das Quartal II/24 ein weiteres Honorar in Höhe von 2.936,04 € an die Ast. auszuführen; im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

4. Fehlende Einschreibung nach dem DMP-Vertrag Diabetes

SG Hamburg, Urteil v. 06.09.2023 - L 5 KA 2/24

RID 26-01-10

Berufung anhängig: LSG Hamburg - L 5 KA 2/24 -
www.juris.de
SGB V § 106d

Mit der Einschreibung nach dem DMP-Vertrag Diabetes Typ 1 und dem DMP-Vertrag Diabetes Typ 2 erlangen Versicherte einen besonderen Status, der sie zur Inanspruchnahme und die teilnehmenden Vertragsärzte zur Erbringung von bestimmten Leistungen berechtigen. Die **wirksame Einschreibung** ist daher **Grundvoraussetzung** für Leistung und Vergütung. Fehlt sie, entfallen die Leistungspflicht der Krankenkasse und der Vergütungsanspruch, ohne dass es hierfür einer gesonderten Regelung bedürfte.

Aus der Überweisung des koordinierenden Arztes lässt sich kein **Vertrauensschutz** ableiten.

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Richtigstellung für die Quartale I bis IV/14 in Höhe von 1.400,12 €. Das **SG** wies die Klage ab.

5. Extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten: Neugründung einer Praxis nach Beendigung der BAG

SG Hamburg, Urteil v. 16.07.2025 - S 3 KA 20/21

RID 26-01-11

www.juris.de
SGB V § 106d

Leitsatz: 1. Ein **Statuswechsel**, durch den eine von der vorherigen abweichende Leistungserbringereinheit entsteht, stellt eine **Neugründung einer Praxis** im Sinne des TSVG und der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 439. und 452. Sitzung dar.

2. Ein Statuswechsel liegt vor, wenn ein **Gesellschafter aus einer Zweipersonenberufsausübungsgemeinschaft ausscheidet** und der verbleibende die Praxis als Einzelpraxis nach Übernahme des Versorgungsauftrags des ausgeschiedenen Gesellschafters und Anstellung eines Dritten weiterführt.

Die Kl., eine Fachärztin für Innere Medizin, bildete mit Dr. K. eine BAG. Vor seinem Tod im Juni 2019 hatte Dr. K. ein Nachbesetzungsverfahren eingeleitet, in dessen Folge die Kl. als verbleibende Gesellschafterin der BAG den vollen Versorgungsauftrag von Dr. K. ab dem 17.10.2019 übernahm und zwei Ärztinnen, Frau B1. und Dr. L. jeweils in Teilzeit anstellte. Der Honorarbescheid für das Quartal IV/19 wies u.a. für Neupatienten nach Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eine extrabudgetäre Vergütung aus. Mit Bescheid vom 07.07.2020 nahm die Bekl. eine Honorarberichtigung für das Quartal IV/19 vor. Gem. § 87a Abs. 3 S. 5 SGB V stehe ihr eine Vergütung für Neupatienten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) innerhalb von zwei Jahren seit Gründung nicht zu. Die 36 als Neupatientenfälle abgerechneten Behandlungen seien daher nicht als solche extrabudgetär zu vergüten. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Hamburg, Urteil v. 16.07.2025 - S 3 KA 56/21

RID 26-01-12

www.juris.de

6. Laserleistungen wegen Feuermalen

a) Vergütung der gesamten Lasertherapie des Hautareals (Nr. 10320 EBM)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.11.2025 - L 5 KA 2178/24

RID 26-01-13

Revision anhängig: B 6 KA 14/25

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Leitsatz: Mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 10320 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der für das Quartal 4/2014 gültigen Fassung wird die **gesamte Lasertherapie des betreffenden Hautareals vergütet**. Die GOP kann nicht dahingehend ausgelegt werden, dass sie bezogen auf **dasselbe Hautareal „einmal je Quartal“** abrechnungsfähig ist. Eine nach dem Ende der Therapie auftretende erneute Erkrankung an demselben Hautareal kann zu einer neuen Therapie und einer erneuten Abrechnungsfähigkeit der GOP führen.

Die Kl. ist eine BAG zweier Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Im Mai 2019 setzte die Bekl. die Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale I/11 bis IV/14 neu fest. Zur Begründung führte sie aus, sie habe festgestellt, dass bei 117 Patienten die GOPen 10320 und 10322 EBM quartalsübergreifend für eine größere als die von der Kl. angegebene Fläche abgerechnet worden seien. Im Ergebnis resultiere eine Rückforderung in Höhe von 287.852,10 €. Auf die Patienten L1, M1, S1 und P1 entfielen dabei im Quartal IV/14 insgesamt 5.445,66 €. Der Widerspruch blieb erfolglos. *SG Stuttgart*, Gerichtsbs. v. 14.06.2024 - S 24 KA 4562/20 - wies die Klage ab, das LSG die auf das Quartal IV/14 beschränkte Berufung zurück.

b) Vergütung der gesamten Lasertherapie/Dokumentation (Nr. 10320, 10322 u. 10324 EBM)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.11.2025 - L 5 KA 2185/24

RID 26-01-14

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Leitsatz: Mit den Gebührenordnungspositionen (GOP) 10320, 10322 und 10324 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der für die Quartale 1/2010 bis 4/2014 gültigen Fassung wird die **gesamte Lasertherapie des betreffenden Hautareals vergütet**. Die GOP kann nicht dahingehend ausgelegt werden, dass sie bezogen auf dasselbe Hautareal **„einmal je Quartal“** abrechnungsfähig ist. Zur **Dokumentation** hat der Vertragsarzt zur Messung (Feststellung) des metrischen Flächeninhalts der Hautfläche (auch) ein metrisches Messverfahren anzuwenden. Ob die Zählung von Laserpulsen mit feststehendem Spotdurchmesser ein solches metrisches Messverfahren darstellt, kann dahinstehen, denn diese Methode kann allenfalls zur Dokumentation „nach Ende der Therapie“ herangezogen werden, da „vor der Therapie“ noch keine Dokumentation des zu behandelnden Areals mittels Laserpulsen vorliegen kann.

S1 und S2 waren im streitgegenständlichen Zeitraum I/10 bis IV/14 als Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten in einer BAG zugelassen. Die BAG bestand in den Quartalen I/10 bis I/12 und I/15 bis IV/16 in Form einer örtlichen BAG und in den Quartalen II/12 bis IV/14 in Form einer KV-übergreifenden BAG mit einer Nebenbetriebsstätte in Nordrhein-Westfalen. In den Quartalen II/12 bis IV/14 war zudem S2 in der KV-übergreifenden BAG als Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit einem vollen Versorgungsauftrag tätig. Die Bekl. setzte mit Bescheid v. 13.06.2019 die Honoraransprüche der Kl. für die Quartale I/10 bis IV/14 durch sachlich-rechnerische Berichtigung der GOPen 10320, 10322 und 10324 EBM zu jeweils 100 % neu fest. Die sich aus den Neufestsetzungen ergebende Rückforderung in Höhe von 1.345.590,94 € sei zurückzuerstatten. Der Widerspruch blieb erfolglos. *SG Stuttgart*, Urt. v. 11.06.2024 - S 24 KA 4573/20 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

7. Erstattungsansprüche einer Krankenkasse nach einseitiger Abtretung der KV

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.11.2025 - L 5 KA 2635/25

RID 26-01-15

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Leitsatz: Die **Abrechnungsprüfungs-Vereinbarung** nach § 106d Abs. 5 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen in der zum 01.01.2019 in Kraft getretenen **Fassung gilt nicht für am 01.01.2019 bereits**

abgeschlossene Prüfverfahren. Das Prüfverfahren nach § 106d SGB V ist spätestens mit dem Erlass des Widerspruchsbescheids abgeschlossen.

Im Streit standen Erstattungsansprüche zwischen der kl. Krankenkasse und der bekl. KV. Rückforderungen des an M1 zu viel gezahlten Honorars nach einer Berichtigung konnte die Bekl. nicht mit Honoraransprüchen des Vertragsarztes aufrechnen, weil dem Arzt die Zulassung entzogen worden war und Honorarforderungen nicht mehr bestanden. Im März 2021 erklärte die Bekl. gegenüber der Kl. die Abtretung ihrer Ansprüche auf Rückzahlung von Honorar aus den sachlich-rechnerischen Richtigstellungen im Hinblick auf die in Patientenlisten konkret benannten Einzelleistungen, die M1 in den Quartalen I/11 bis I/17 außerhalb der MGV an Versicherte der Kl. vergütet worden waren, zur unmittelbaren Einziehung. Auf die Quartale I/11 bis III/16 entfiel ein Rückforderungsbetrag in Höhe von insgesamt 1.534,18 €, auf die Quartale IV/16 und I/17 insgesamt 161,97 €. Die Kl. erklärte sich mit der Abtretung nicht einverstanden und machte stattdessen entsprechende Erstattungsansprüche gegenüber der Bekl. in Höhe von insgesamt 1.696,15 € geltend. *SG Stuttgart*, Urt. v. 17.07.2025 - S 5 KA 1501/22 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.534,18 € zzgl. Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab; das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Abrechenbarkeit der Nr. 181a BEMA

SG Potsdam, Urteil v. 07.01.2026 - S 1 KA 6/24
SGB V §§ 106, 106a

RID 26-01-16

Voraussetzung für die **Abrechenbarkeit der Nr. 181a BEMA (Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten** persönlich oder fernmündlich) ist, dass der Inhalt der Besprechung einen fachlichen Nutzen für die weitere Behandlung des Versicherten enthält. Allein die **Weitergabe von Befunden, Hinweisen zur Nachsorge wie Kontrolle zur Nahtentfernung** sind nicht ausreichend. Insb. reicht es nicht aus, dass allein Angaben über die erfolgte Behandlung bzw. festgestellte Befunde mitgeteilt werden, ohne dass ein fachärztlicher Austausch über die beim Versicherten bestehende Erkrankung erfolgt ist. Solche Mitteilungen können, soweit notwendig, in einem kurzen Arztbrief im Sinne der GOP 70 mitgeteilt werden. Die Abrechnung der GOP 181a ist in diesen Fällen als unwirtschaftlich anzusehen, denn einen fachlichen Nutzen für die Weiterbehandlung enthalten sie nicht.

Die Prüfungsstelle setzte im Mai 223 einen Kürzungsbetrag i.H.v. 368,96 € fest. Dabei handelte es sich um die GOP Ä1 (12 Leistungspositionen) und die Ä935d (6 Leistungspositionen). Bei den GOP 28 bis 35, 105 und 181 stellte die Prüfungsstelle keine Auffälligkeiten fest. Der Bekl. gab dem Widerspruch der KZV im Januar 2024 statt und setzte hinsichtlich der GOP 181a eine Kürzung i.H.v. 255,05 € (16 Leistungspositionen) fest, so dass sich insgesamt eine Kürzung i.H.v. 624,01€ ergab. Das *SG* wies die Klage ab.

2. Arzneikostenregress

a) Kein wirksamer Prüfantrag durch Rezeptprüfstelle

SG Düsseldorf, Urteil v. 23.08.2023 - S 7 KA 62/22
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§106a, 106b

RID 26-01-17

Es fehlt an einem wirksamen **Prüfantrag**, wenn Krankenkassen(-verbände) eine **Rezeptprüfstelle** - hier: juristische Person des Privatrechts in Form einer GmbH - nicht wirksam damit **beauftragen** können, Prüfanträge zu stellen. Eine Rezeptprüfstelle ist nach § 106c SGB V nicht befugt, Prüfanträge zu stellen. Eine entsprechende Befugnis wird auch nicht durch eine Prüfvereinbarung geschaffen, wenn darin eine „beauftragte Stelle“ vorgesehen wird und die Befugnis zur Antragstellung in der Prüfvereinbarung nicht geregelt ist. Auch kann eine solche Prüfstelle nicht wirksam **Widerspruch** erheben.

Stellt der Beschwerdeausschuss in seiner (erstmalig für die Kl. belastenden) Entscheidung völlig überraschend auf gänzlich andere Umstände für die Festsetzung eines Regresses ab und teilte dies der Kl. im Rahmen des Widerspruchsverfahrens nicht vorab mit, fehlt es an einer **Anhörung** (§ 24 Abs. 1 SGB X). Ist im Gerichtsverfahren keine Absicht erkennbar, die unterlassene Anhörung nachzuholen, fehlt weiterhin eine Anhörung.

Geht der Beschwerdeausschuss davon aus, dass **nur ein Teil der verordneten Produkte** unzulässigerweise nicht im Rahmen der Erstversorgung verwendet wird, kann nicht ein Regress über die komplette Menge UrgoTül festgesetzt werden.

Wird in einer Sprechstundenbedarfsvereinbarung ein Verordnungsaußchluss **unklar formuliert**, kann hierauf kein Regress begründet werden.

Die Kl. ist eine BAG. Die Praxis wird von Ärzten mit verschiedenen Fachgebieten betrieben (Angiologie, Gefäßchirurgie, etc.) und firmiert unter dem Namen „Gemeinschaftspraxis für Gefäßmedizin“. Die Prüfungsstelle setzte keinen Regress fest, weil UrgoTül im Rahmen des Sprechstundenbedarfs im Quartal II/19 verordnungsfähig sei. Der Bekl. setzte mit Bescheid v. 29.03.2022 einen Regress i. H. v. 2.074,68 € fest. Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

b) Richtgrößenprüfung

aa) Fachübergreifende BAG: Ermittlung der Vergleichswerte

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.11.2025 - L 5 KA 2116/24

RID 26-01-18

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 19/25 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Leitsatz: Bei einer **Richtgrößenprüfung** einer **BAG** sind für die Prüfung und Ermittlung der **Vergleichswerte** die gesamten Fälle der BAG auf dem jeweiligen Fachgebiet heranzuziehen. Eine separate Prüfung der einzelnen Mitglieder der BAG ist nicht zulässig. Wenn die BAG nur für einzelne Quartale eines Prüfzeitraums bestanden hat, muss jedenfalls für diese Quartale auf die Fälle der BAG zurückgegriffen werden.

Der Kl. ist Facharzt für Allgemeinmedizin. In den Quartalen I und II/13 bildete er mit dem Facharzt für Anästhesiologie eine BAG. Der Kl. und M1 nahmen an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung (Schmerztherapievereinbarung) teil. Die Prüfungsstelle setzte mit Bescheid vom 18.12.2015 trotz Überschreitung des Richtgrößenvolumens für das Jahr 2013 um mehr als 25 % keinen Regress, sondern eine individuelle Beratung nach § 106 Abs. 5e S. 1 SGB V fest. Der Bekl. wies den Widerspruch im Januar 2019 zurück. *SG Stuttgart*, Ur. v. 06.06.2024 - S 5 KA 562/19 - verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Kl. gegen den Bescheid vom 18.12.2015 *unter* Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung des Bekl. zurück.

Aus den Gründen:

„(...) Dabei sind bei **fachgebietsverschiedenen Gemeinschaftspraxen** insoweit ganz unterschiedliche Vergleichswerte je nach dem in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Fachgebiet heranzuziehen und dem Behandlungsaufwand der zu prüfenden Gemeinschaftspraxis auf diesem Fachgebiet gegenüberzustellen (BSG, Urteil vom 21.03.2012, a.a.O., Rn. 23). Die Frage, welche Vergleichsgruppe bei einer fachübergreifenden BAG heranzuziehen ist, kann nur in Abhängigkeit von den konkreten Fachrichtungen und der konkreten Zusammensetzung der BAG beantwortet werden, wobei die Abrechnungswerte der Arztgruppen entsprechend der Zusammensetzung der BAG gewichtet werden können (BSG, Urteil vom 13.05.2020 - B 6 KA 25/19 R -, in juris, Rn. 20ff.).

Rn. 32 (2) Nach diesen Vorgaben ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass der Beklagte entsprechend der Richtgrößenvereinbarung eine Trennung nach den Versichertengruppen M/F und R vorgenommen hat. Ebenfalls nicht zu beanstanden ist, dass der Beklagte den Kläger entsprechend seiner Zulassung grundsätzlich der Richtgrößenvergleichsgruppe „Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten“ zugeordnet hat und nur bezogen auf die mit der GOPen 30700 bzw. 30702 EBM abgerechneten Fälle die Richtgrößenwerte der Richtgrößenvergleichsgruppe „FA Anästhesie, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung“ zugrunde gelegt hat. Dadurch kann der Beklagte die Besonderheiten der Praxis mit der Behandlung überdurchschnittlich vieler Fälle auf dem Gebiet der Schmerztherapie berücksichtigen.

Rn. 33 (3) Der Beklagte hat jedoch der hier streitigen Richtgrößenprüfung im Ergebnis insgesamt **nur die Fälle des Klägers zugrunde gelegt, die als schmerztherapeutische Fälle mit den GOPen 30700 bzw. 30702 EBM** abgerechnet wurden und nicht insgesamt die vom Kläger schmerztherapeutisch und hausärztlich behandelten Fälle berücksichtigt. Der Beklagte hat zudem weiter nicht berücksichtigt, dass der Kläger zusammen mit **M1** in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2013 eine BAG gebildet hat. Nach den o.g. Maßstäben hätte der Beklagte zumindest für diesen Zeitraum **auch dessen Fälle für die Prüfung und die Ermittlung der Vergleichswerte heranzuziehen** und die so ermittelten Vergleichswerte dem Behandlungsaufwand der BAG auf diesem Fachgebiet gegenüberstellen müssen. Eine **separate Prüfung der einzelnen Mitglieder der BAG widerspricht der Einheit der BAG** im Vergütungsbereich und der oben zitierten Rechtsprechung des BSG. Dass es bei einer Zuordnung der Fälle zur jeweiligen Richtgrößengruppe bei einer Berücksichtigung der gesamten Fälle der BAG zu einer Bevorzugung von fachübergreifenden BAGen gegenüber Gemeinschaftspraxen mit nur einer Fachrichtung führen soll, ist nicht nachvollziehbar. Soweit der Beklagte darauf abstellt, dass somit ein Hausarzt von Verdünnerfällen der Fachärzte profitiere, da eine mögliche unwirtschaftliche Verordnungsweise des Hausarztes durch die hohe Richtgröße der Fachärzte weniger Auswirkungen habe, ist dem entgegenzuhalten, dass die Richtgröße der Fachärzte nur auf deren Fälle Anwendung findet und Verdünnerfälle bei der Berechnung der Richtgröße bereits berücksichtigt sind. (...)“

bb) Überschreitung des Richtgrößenvolumens: Anhörung vor Gründung der BAG

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.05.2025 - L 5 KA 776/22

RID 26-01-19

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a

Die **Partner der BAG** haben auch dann die Folgen des unwirtschaftlichen Verhaltens (Honorarkürzungen, Regresse, Beratungen) mitzutragen, wenn ihr eigenes ärztliches Handeln ausschließlich und ausnahmslos den Geboten der Wirtschaftlichkeit entspricht. Dies gilt auch für die Zurechnung des Wissens oder Nichtwissens eines an der BAG beteiligten Vertragsarztes. Auch dies wirkt für und gegen die Mitglieder einer BAG. Dieser Grundsatz gilt auch für das Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung jedenfalls in den Fällen, in denen der aufnehmende Partner **vor Gründung der BAG** eine **Beratung** im Sinne des § 106 Abs. 5e S. 1 SGB V a.F. erhalten hat. Diese wirkt dann auch gegen die BAG. Hierfür spricht bereits das mit der Beratung verfolgte Ziel, den unwirtschaftlich handelnden Arzt zu einer Änderung seines Ordnungsverhaltens zu bewegen. Wenn dem nicht so wäre, könnte sich der Vertragsarzt dieser beabsichtigten und auf Grund der Beratung bezweckten Änderung seines Verhaltens durch Gründung einer BAG entziehen.

Streitig ist die Festsetzung eines Regresses i.H.v. 25.000,00 € wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens für das Jahr 2013. Die Kl. ist eine zum 01.01.2013 gegründete BAG. Im streitgegenständlichen Zeitraum waren dort die Fachärzte A1, H1 und T1 tätig. Bis zum 31.12.2012 war H1 dort in Einzelpraxis tätig. *SG Stuttgart*, Urt. v. 25.01.2022 - S 4 KA 658/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

V. Zulassungsrecht

1. Entsperrung des Planungsbereichs: Auswahlermessen und bestmögliche Versorgung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.04.2025 - L 11 KA 10/22

RID 26-01-20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 II, 103 III; Ärzte-ZV § 16b; BedarfspIRL §§ 23 I, 26 IV

Bei der Abwägung ist es zulässig, einem oder auch mehreren der heranzuziehenden **Auswahlmerkmale** eine erheblich **höhere Bedeutung** zuzumessen als den übrigen (LSG Hessen, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 1/15 - juris Rn. 102, RID 17-01-45). Es ist nicht zu beanstanden, wenn die Zulassungsgremien im Rahmen ihres **Gewichtungsermessens** das **Kriterium der bestmöglichen Versorgung der Versicherten** im Hinblick auf die Wahl des Vertragspsychotherapeuten als dasjenige mit dem höchsten Gewicht ansehen. Dabei ist es auch nicht zu beanstanden, dass sie zur Feststellung des Bedarfs an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die **Zahl der im jeweiligen PLZ-Bereich niedergelassenen Therapeuten** - ggfls. weiter differenzierend nach den angebotenen Richtlinienverfahren - heranziehen und sich hierbei auf die Angaben der KV verlassen (vgl. BSG, Urt. v. 03.08.2016 - B 6 KA 31/15 R - BSGE 122, 35 = SozR 4-5520 § 24 Nr. 13, Rn. 31 für die Sonderbedarfszulassung).

Es ist ausgehend von dem Gewichtungsermessens des Beschwerdeausschusses im Grundsatz ebenso wenig zu beanstanden, dass sich seine Auswahlentscheidung vorrangig an der Besetzung von Bezirken ausrichtet, in denen **noch kein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut niedergelassen** ist, um daran anschließend solche Bewerber vorzuziehen, welche die „5-Jahres-Regelung“ (bzgl. Kriterien Fachkunde und Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit) erfüllen, und erst bei dann noch übrigbleibenden Bewerbungen nach der Eintragung in die Warteliste zu entscheiden.

Seitdem es keinen Anspruch auf Umwandlung einer **Sonderbedarfszulassung** in eine Regelzulassung nach (teilweiser) Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen mehr gibt, stehen Inhaber einer Sonderbedarfszulassung gleichberechtigt neben anderen Bewerbern im Verfahren nach § 26 BedarfspIRL.

Fremdsprachenkenntnisse sind bei der Auswahlentscheidung nicht rechtserheblich. Gleiches gilt für **Qualifikationen**, die nicht in Form einer speziellen Weiterbildung oder Subspezialisierung nach der Weiterbildungsordnung ihren Niederschlag gefunden haben, so für Zusatzqualifikationen im Bereich der **Traumatherapie** und der **Eye Movement Desensitization and Reprocessing** (EMDR). Letztere findet richtliniengemäß - bislang nur bezogen auf Erwachsene mit posttraumatischen

Belastungsstörungen - als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, analytischen Psychotherapie oder Systemischen Therapie Anwendung (vgl. Ziff. I.3 Anlage zu den Psychotherapie-RL). Weder die EMDR noch die Traumatherapie stellen eigenständige Qualifikationen nach der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen dar.

Streitig ist nach Rücknahme der Berufung der Berufungskl. zu 1) nur noch die Berücksichtigung der Berufungskl. zu 2) im Rahmen der Besetzung von 4,5 Vertragstherapeutenstellen für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten im reaktivierten Planungsbereich „kreisfreie Stadt XA.“. Nach Entsperrung des Planungsbereichs für 4,5 Vertragstherapeutenstellen für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wegen Nichterreichens des 20-prozentigen Anteils ließ der Zulassungsausschuss von den 41 Bewerbern die Beigel. zu 8) bis 13) zu, z.T. mit hälftigem Versorgungsauftrag. Der Bekl. wies die Widersprüche der Berufungskl. im Januar 2019 zurück und ordnete hinsichtlich der Zulassungen die sofortige Vollziehung an. *SG Dortmund*, Urt. v. 15.06.2022 - S 52 KA 47/19 - wies die Klagen ab, das *LSG* die Berufung der Berufungskl. zu 2) zurück.

VI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Aufschlag auf Zusatzpauschale zu Nr. 04000 EBM: Jobsharing-BAG

BSG, Urteil v. 28.08.2024 - B 6 KA 8/23 R

RID 26-01-21

SozR 4-5531 Nr. 04040 Nr. 1 = ZMGR 2025, 33 = KrV 2025, 67

Leitsatz: 1. Soweit der in der **GOP 04040 EBM-Ä** vorgesehene **Auf- bzw. Abschlag** für über- bzw. unterdurchschnittliche Behandlungszahlen an den Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- und Genehmigungsbescheid anknüpft, ist auf den dort erteilten **Versorgungsauftrag** abzustellen.

2. Im Falle der Zulassung eines weiteren Arztes im Rahmen eines **Jobsharings** teilen sich die beiden Ärzte den zuvor einem Arzt zugeordneten Versorgungsauftrag.

2. Regionale Mengensteuerung im Labor ab Quartal II/18

BSG, Beschluss v. 27.08.2025 - B 6 KA 14/24 B

RID 26-01-22

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 04.09.2024 - L 12 KA 25/22 - wird zurückgewiesen.

Das bis zum Quartal I/18 geltende bundeseinheitliche Vergütungssystem mit einer unteren Interventionsgrenze von 91,58 % wurde aufgehoben. An dessen Stelle tritt eine **regionale Mengensteuerung im Labor**, die über den jeweiligen HVM der KVen geregelt wird. Aus dem Grundbetrag Labor werden nur noch der Wirtschaftlichkeitsbonus und die veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM vergütet. Die Ermittlung des neu definierten Grundbetrags Labor und des damit zur Verfügung stehenden Leistungsvolumens wird von der KBV festgelegt. Werden im Abrechnungsquartal von allen Ärzten mehr Leistungen abgerechnet als dafür an Vergütungsvolumen zur Verfügung steht, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der GOP, die dem Grundbetrag Labor unterfallen. Es galt im hier streitigen Quartal insofern eine Mindestquote von 89 %. Alle übrigen Leistungen - auch die vorliegend streitgegenständlichen Laborleistungen, die von Haus- oder Fachärzten aus Laborgemeinschaften bezogen werden - sind nunmehr dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen oder dem Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall zugeordnet. Für diese Vergütungsvolumen sehen die Vorgaben der KBV **keine bundeseinheitlichen Mindestquoten** vor. Etwaige Steuerungsmaßnahmen haben die KVen vielmehr auf regionaler Ebene zu treffen. Insoweit regeln die Vorgaben der KBV in Übereinstimmung mit § 87b Abs. 2 S. 1 SGB V, dass der Verteilungsmaßstab Regelungen vorzusehen hat, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird (Teil A Nr. 2 Vorgaben 2018).

Dass Steuerungsmaßnahmen auch bei Laborpraxen zulässig sind, entspricht bereits st. Senatsrspr. Danach dürfen auch **Laborärzte** trotz ihrer Bindung an den Überweisungsauftrag einer **Mengensteuerung** unterzogen werden. Angesichts begrenzter Gesamtvergütungen kann grundsätzlich kein Leistungsbereich von Steuerungsmaßnahmen ausgenommen werden. Auch der Umstand, dass

Kostenerstattungen und Pauschalkosten in Eurobeträgen ausgewiesen sind, führt nicht dazu, dass diese einer Steuerung durch Honorarverteilungsregelungen entzogen sind.

Soweit die Kl. die **Abänderung der „verbindlichen Festsetzung der im EBM festgelegten Festpreise“** durch die KV kritisiert, hat der Senat es für zulässig erachtet, die Vergütung von Kostenpauschalen und Pauschalkostenerstattungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM, für die im EBM feste Euro-Beträge vorgesehen sind, zu quotieren. Schon im Grundsatz gibt es keinen generellen Vorrang der Bestimmungen des EBM gegenüber den Regelungen der Honorarverteilung. Soweit sich in der Rechtsprechung des BSG Aussagen der Art finden, dass Honorarverteilungsmaßstäbe nicht gegen die Vorschriften des Bewertungsmaßstabes verstoßen dürfen, bezieht sich dies auf den Fall, dass der Bewertungsmaßstab selbst Regelungen enthält, die sich auf die Honorarverteilung - insb. durch dort normierte honorarbegrenzende Regelungen - auswirken sollen. Im Übrigen gilt weiterhin, dass die gesetzlichen Vorschriften keine Bindung der Honorarverteilung an den Bewertungsmaßstab vorsehen. Art und Umfang der Leistungen, wie sie im EBM festgelegt sind, bilden nicht das alleinige Verteilungskriterium; vielmehr können die KVen im Rahmen ihrer Satzungsautonomie ebenso wie die Gesamtvertragspartner im Rahmen des ihnen vom Gesetz eingeräumten Handlungsspielraums daneben andere Gesichtspunkte berücksichtigen, auch wenn dadurch im Ergebnis von Bewertungen des EBM abgewichen wird.

Die kl. Laborgemeinschaft (GbR) rechnet die von ihren Mitgliedern erbrachten vertragsärztlichen Leistungen mit der bekl. KV ab. Nach dem HVM werden Laboruntersuchungen, die von Hausärzten oder Fachärzten aus Laborgemeinschaften bezogen werden und gem. § 25 Abs. 3 S. 2 BMV-Ä von Laborgemeinschaften abgerechnet wurden, im Rahmen eines leistungsbezogenen Vorwegabzugs jeweils innerhalb des haus- oder fachärztlichen Vergütungsvolumens mit der gleichen Auszahlungsquote vergütet wie veranlasste Laboruntersuchungen. Mit Abrechnungsbescheid v. 14.11.2018 setzte die Beklagte das vertragsärztliche Honorar für das Quartal II/18 auf insgesamt 1.617.471,62 € fest. Die Vergütungsquote für Laboruntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 EBM lag bei 96,0314 %. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Bekl. zurück. *SG München*, UrT. v. 20.07.2022 - S 49 KA 386/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Kein Anspruch auf Umwandlung einer Sonderbedarfs- in eine Regelzulassung

BSG, Beschluss v. 06.11.2025 - B 6 KA 6/25 B

RID 26-01-23

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, UrT. v. 14.08.2024 - L 11 KA 10/23 - RID 25-02-15 wird als unzulässig verworfen.

Mit der Neufassung der §§ 36, 37 BedarfspRL (seit 04.07.2013) ist ein **Wegfall der Beschränkungen für Inhaber von Sonderbedarfszulassungen** - auch bei **Entsperrung des Planungsbereiches** nach § 103 Abs. 3 SGB V, § 16b Abs. 3 S. 2 Ärzte-ZV - gerade nicht mehr vorgesehen. Es besteht - anders als bei Jobsharing-Zulassungen - kein Anspruch auf vorrangige Berücksichtigung bei Entsperrung des Planungsbereiches. BSG, UrT. v. 27.01.2021 - B 6 KA 27/19 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 31 Rn. 49 f. hat bereits klargestellt, dass Inhaber von Sonderbedarfszulassungen im Fall der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen eine volle oder hälftige Regelzulassung „nur“ im Rahmen des regulären Verfahrens nach § 26 BedarfspRL beantragen können.

Es mag zutreffen, dass sich für den Fall der **Bewerbung von Inhabern einer Sonderbedarfszulassung im Rahmen eines regulären Verfahrens** nach § 26 BedarfspRL Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung stellen könnten. Der Bekl. hat den Vorrang der Beigel. zu 1. im Wesentlichen mit Versorgungsgesichtspunkten begründet. Da der Kl. bereits über eine **Sonderzulassung verfüge** und angegeben habe, **kaum mehr Patienten aufnehmen zu können**, führe die Zulassung der Beigel. zu 1. dazu, dass die Versorgungssituation unmittelbar verbessert werde. Danach hätten **Sonderbedarfszulassungsinhaber kaum eine Chance, sich im regulären Verfahren** nach § 26 BedarfspRL durchzusetzen. Dass eine solche Konsequenz mit der vorgenannten Aufhebung des § 37 Abs. 1 S. 2 BedarfspRL a.F. beabsichtigt gewesen ist, ist jedenfalls nicht offensichtlich. Hier könnten solche Fragestellungen aber nicht geklärt werden, da der Kl. seinen Klageantrag auf die Umwandlung seiner Sonderbedarfszulassung in eine Regelzulassung beschränkt hat und sich ausdrücklich nicht (mehr) gegen die Zulassung der Beigel. zu 1. wendet.

Dem Kl. war 2015 eine Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit hälftigem Versorgungsauftrag wegen lokalen Sonderbedarfs erteilt worden. Nachdem im Jahr 2020 die Öffnung des Planungsbereiches für weitere Psychotherapeutenplätze festgestellt worden war, beantragte der Kl. seine Regelzulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit hälftigem Versorgungsauftrag. Soweit

erforderlich, wäre er auch bereit, einen vollen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Wenn er einen entsprechenden Versorgungsauftrag erhalte, verzichte er auf seine Sonderbedarfszulassung. Der Zulassungsausschuss ließ den Kl. ab Januar 2021 mit halbem Versorgungsauftrag zu. Auf den Widerspruch der zu 1. beigel. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, die ebf. ihre Zulassung beantragt hatte, hob der bekl. Berufungsausschuss die Zulassung des Kl. auf und ließ die Beigel. zu 1. mit halbem Versorgungsauftrag zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu. **SG Aachen**, Urt. v. 30.01.2023 - S 24 KA 4/21 - verpflichtete den Bekl., den Widerspruch der Beigel. zu 1) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Im Übrigen wies es die Klage ab. Während des Berufungsverfahrens hat der Bekl. entsprechend des Urteils des SG eine Neubescheidung vorgenommen. Er hat den Beschluss des Zulassungsausschusses hinsichtlich der Zulassung des Kl. aufgehoben und die Beigel. zu 1. zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung mit einem hälftigen Versorgungsauftrag zugelassen sowie die sofortige Vollziehung der Entscheidung für die Beigel. zu 1. angeordnet. Das **LSG** hat die Berufung des Kl. zurückgewiesen. Für einen Anspruch auf Umwandlung der Sonderbedarfszulassung in eine Regelzulassung gebe es keine Rechtsgrundlage. Soweit § 37 Abs. 1 S. 2 BedarfspIRL a.F. vorgesehen habe, dass die Beschränkungen einer Sonderbedarfszulassung endeten, wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststelle, dass eine Überversorgung nicht mehr bestehe, sei diese Regelung mit Ablauf des 03.07.2013 ersatzlos gestrichen worden. Inhaber einer Sonderbedarfszulassung könnten im Fall der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen eine Regelzulassung nur noch im Rahmen des regulären Verfahrens nach § 26 BedarfspIRL beantragen.

4. Hausarztzentrierte Versorgung: Fehlerhafte Abrechnung des Arztes

BSG, Urteil v. 28.08.2024 - B 6 KA 1/23 R

RID 26-01-24

SozR 4-2500 § 87a Nr. 6 = KrV 2025, 35 = SGB 2025, 407

Leitsatz: Rechnet ein an der **selektivvertraglichen Versorgung** teilnehmender Arzt selektivvertragliche Leistungen zu Unrecht auch gegenüber der **Kassenärztlichen Vereinigung** ab, hat diese keinen Anspruch gegenüber der **Krankenkasse** auf Vergütung dieser ärztlichen Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Osteopathische Behandlungen

LSG Hessen, Urteil v. 22.05.2025 - L 1 KR 66/25

RID 26-01-25

www.juris.de

SGB V § 27 I 1

Es besteht - unter Bezug auf die Vorinstanz - kein Anspruch auf **osteopathische Behandlungen**, weil diese nicht dem **allgemein anerkannten medizinischen Stand entsprechen** und es an der notwendigen Anerkennung durch den **GBA** fehlt. Auch die Voraussetzungen für einen sich aus § 57k Abs. 1 der Satzung der Bekl. ergebenden Anspruch liegen nicht vor, da die den Kl. behandelnde Osteopathin nicht die dort geregelten Voraussetzungen erfüllt. Sie ist weder zugelassene Vertragsärztin noch zugelassene Physiotherapeutin.

SG Gießen, Gerichtsbb. v. 19.06.2020 - S 7 KR 323/20 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.
BSG, Beschl. v. 12.02.2025 - B 1 KR 29/25 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

2. Zahnärztliche Leistungen

a) Versorgung mit implantologischen Leistungen

aa) Möglichkeit einer konventionellen prothetischen Versorgung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 12.04.2025 - L 16 KR 404/23

RID 26-01-26

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 28 II 9

Ist eine **konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich** und muss zunächst eine Sanierung weiterer schwerwiegender Befunde im Oberkiefer ggfs. mit Extraktionen im Rahmen einer Gesamtplanung erfolgen, so liegt keine Ausnahmeindikationen für die Versorgung mit implantologischen Leistungen vor.

SG Lüneburg, Urt. v. 25.07.2023 - S 16 KR 201/21 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

bb) Kieferatrophie keine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.06.2024 - L 11 KR 52/24

RID 26-01-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 29 II 9

Eine **Kieferatrophie** ist keine **Ausnahmeindikation**, auf die sich ein Anspruch auf **implantologische Leistungen** stützen ließe. Atrophien werden in der Zahnbehandlungs-Richtlinie nicht erwähnt. Dies steht nach ständiger BSG-Rspr. mit der Ermächtigung in § 28 Abs. 2 S. 9 SGB V in Einklang. Auch ist eine medizinische Gesamtbehandlung erforderlich, eine (bloße) Wiederherstellung der Kaufunktion reicht nicht aus.

SG Heilbronn, Gerichtsbb. v. 04.12.2023 - S 15 KR 1244/23 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Erledigung eines ablehnenden Bescheids mit Einreichung eines neuen Heil- und Kostenplans

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.12.2024 - L 4 KR 319/24

RID 26-01-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 55, 56; SGB X § 39 II

Ein die Genehmigung des Heil- und Kostenplans **ablehnender Bescheid** ist spätestens mit der Einreichung eines neuen Heil- und Kostenplans **erledigt**.

SG Mannheim, Gerichtsbb. v. 22.12.2023 - S 8 KR 1618/21 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

1. Abdominoplastik sowie Oberarm- und Oberschenkelstraffung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.10.2025 - L 11 KR 853/24

RID 26-01-29

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 27 I

Leitsatz: Lediglich **geringfügige Funktionsbeeinträchtigungen**, die zudem vor allem durch orthopädische Erkrankungen verursacht werden, rechtfertigen keinen **operativen Eingriff in Form einer Abdominoplastik** und Straffung der Haut an den Oberarmen und Oberschenkeln. Sind weder Häufigkeit, Dauer noch eine etwaige Behandlungsresistenz etwaiger infektiöser **Hautveränderungen** dokumentiert, kann nicht von einem schwerwiegenden Krankheitsbild der Haut ausgegangen werden. Kann die betreffende Körperstelle durch einfachste Mittel, nämlich durch das Tragen angepasster Kleidung, verdeckt werden, liegt keine **Entstellung** vor. Eine evident abstoßend wirkende Auffälligkeit liegt bei Hautüberschüssen nach bariatrischen Operationen in der Regel nicht vor.

SG Freiburg, Urt. v. 27.02.2024 - S 13 KR 2089/21 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Abdominoplastik, einer beidseitigen Oberarmstraffung und einer beidseitigen Oberschenkelstraffung zu versorgen, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Klage vollumfänglich ab.

2. Postbariatrische Oberarmstraffung beidseits

SG Karlsruhe, Urteil v. 15.01.2026 - S 10 KR 1885/24

RID 26-01-30

www.juris.de
SGB V §§ 27 I, 39

Es besteht ein Anspruch auf eine **postbariatrische Oberarmstraffung** beidseits, wenn der Sachverständige aufgrund überschüssiger Haut an den Oberarmen beidseits und chronisch-rezidivierenden Hämatomen der Oberarme beidseits durch Pendelbewegungen der überschüssigen Haut der Oberarme einen **krankhaften Befund**, für den es keine Behandlungsoptionen gibt, feststellt.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten für eine Oberarmstraffung beidseits unter vollstationären Bedingungen als Sachleistung zu gewähren.

3. Brustverkleinerung: Klageänderung auf Kostenerstattung

LSG Bayern, Urteil v. 15.12.2025 - L 20 KR 459/22

RID 26-01-31

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III 1, 27; SGG §§ 78, 99, 109, 124 II

Leitsatz: 1. Die Umstellung des ursprünglichen Begehrens von (Versorgung mit einer) Brustverkleinerung auf (Erstattung der Kosten für eine durchgeführte) Bruststraffungsoperation stellt eine **Änderung des Klagegrundes** dar.

2. Indem das SG ohne Ausführungen bezüglich der Klageänderung über den zuletzt beantragten Kostenerstattungsanspruch vollständig entschieden hat, hat es **konkludent** eine zulässige, sachdienliche **Klageänderung** i.S.v. § 99 Abs. 1 Var. 2 SGG angenommen, an welche der Senat nach § 99 Abs. 4 SGG gebunden ist.

3. Von der Zulässigkeit einer Klageänderung ist indes die **Zulässigkeit der geänderten Klage** zu unterscheiden, so dass die (geänderte) Klage auf Bruststraffung mangels Verwaltungs- und Widerspruchsverfahrens unzulässig ist.

4. Zu den Voraussetzungen für die **Einholung eines weiteren Gutachtens** desselben Fachgebiets nach § 109 SGG.

SG Nürnberg, Urt. v. 17.08.2022 - S 21 KR 482/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Nierentransplantation in den Niederlanden

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 20.01.2026 - L 16 KR 452/23

RID 26-01-32

www.juris.de

SGB V §§ 2 Ia, 13 IV, V, 39 I

Eine Zustimmung zu einer **Auslandsbehandlung** kann nur dann beansprucht werden, wenn im Inland keine gleichwertige Versorgung zur Verfügung steht. Hinsichtlich einer **Nierentransplantation** besteht in Deutschland weder ein qualitatives noch ein quantitatives Versorgungsdefizit. Ein solches Defizit besteht nicht schon, wenn im Ausland wegen der dort geltenden Widerspruchslösung kürzere **Wartezeiten** auf eine Leichenspende bestehen, wenn die Zeit des Wartens auf ein geeignetes Spenderorgan mit einer laufenden Dialysebehandlung überbrückt werden kann. Ob eine Behandlung im Inland nicht rechtzeitig erbracht werden kann, bestimmt sich nach dem konkret-individuellen Bedarf des Versicherten. Allein die Existenz von Wartelisten ist kein hinreichender Grund für die Erteilung einer Zustimmung für eine Krankenhausbehandlung im EU-Ausland.

SG Osnabrück, Gerichtsb. v. 23.08.2023 - S 42 KR 142/19 - verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für die in J. durchgeführte Nierentransplantation nebst Vor- und Nachsorge in Höhe von 42.214,85 € zu erstatten. Das *LSG* wies die Klage ab.

III. Arzneimittel

1. Lifestyle-Arzneimittel: Wegovy (Semaglutid) zur Gewichtsregulierung

SG Stuttgart, Urteil v. 11.11.2025 - S 5 KR 3995/24

RID 26-01-33

www.juris.de

SGB V §§ 27 I, 31 I 1, 34 I 7

Leitsatz: Das Arzneimittel Wegovy (Semaglutid), das der Gewichtsregulierung dient, unterliegt dem gesetzlichen Leistungsausschluss des § 34 Abs. 1 Satz 7 und 8 SGB V.

Das SG wies die Klage ab.

2. Keine Kostenübernahme für auf Privatrezept verordnete homöopathische Arzneimittel

LSG Hessen, Urteil v. 22.05.2025 - L 1 KR 71/25

RID 26-01-34

www.juris.de

SGB V § 31 I, V

Eine **Kostenübernahme und -erstattung** für auf Privatrezept verordnete homöopathische **Arzneimittel** (hier: „Lens viscum comp. Globuli“ und „Scleron Tabletten“) kann nicht verlangt werden.

SG Gießen, Gerichtsb. v. 19.07.2021 - S 7 KR 1983/19 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 30.10.2025 - B 1 KR 30/25 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

3. Cannabisblüten: Begründete Einschätzung eines Arztes mit ruhender Approbation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.11.2025 - L 11 KR 946/24

RID 26-01-35

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI 1 Nr. 1

Leitsatz: Ein Arzt, dessen Approbation ruht, ist nicht berechtigt, den ärztlichen Beruf auszuüben. Er kann deshalb keine begründete Einschätzung i.S.d. § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V abgeben.

SG Mannheim, Gerichtsb. v. 23.02.2024 - S 6 KR 1452/23 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Fertigarzneimittel Avastin® zur palliativen Therapie eines Glioblastoms

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.01.2026 - L 16 KR 858/25 B ER

RID 26-01-36

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 27, 31 SGG § 86b II

Die von der Ast. begehrte (vorläufige) Versorgung mit dem **Fertigarzneimittel Avastin®** zur palliativen Therapie eines Glioblastoms (WHO Grad IV) fällt nicht in den Leistungskatalog der GKV. Hintergrund ist, dass das Arzneimittel nach einem 2014 erfolglos durchgeführten Zulassungsverfahren insoweit **keine Zulassung** besitzt, was einer entsprechenden Versorgung im Bereich der GKV entgegensteht (s. zuletzt LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 25.09.2025 - L 10 KR 71/25 B ER - juris Rn. 19, RID 25-04-43). Der im Vorrang des Arzneimittelzulassungsrechts begründete Leistungsausschluss hinsichtlich Avastin® erfasst auch den Anwendungsbereich des § 2 Abs. 1a SGB V und entfaltet insoweit eine **Sperrwirkung**.

SG Münster, Beschl. v. 26.11.2025 - S 16 KR 513/25 ER - verpflichtete die Ag., die Ast. bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache mit sechs Gaben des Arzneimittels Bevacizumab (Avastin®) zur Behandlung des Glioblastomrezidivs nach jeweiliger ärztlicher Verordnung vorläufig zu versorgen. Das *LSG* lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

5. Fertigarzneimittel Keytruda (Wirkstoff: Pembrolizumab) bei Sarkom der Bauchdecke

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.11.2025 - L 11 KR 1058/24

RID 26-01-37

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I 2 Nr. 3

Leitsatz: Ein **Sarkom der Bauchdecke** stellt eine lebensbedrohliche und regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung dar.

Der **Wahrscheinlichkeitsmaßstab** für die Beurteilung, ob die behaupteten **Behandlungserfolge** mit hinreichender Sicherheit dem Einsatz gerade der streitigen Behandlung zugerechnet werden können und das einzugehende Risiko vertretbar ist, unterliegt Abstufungen je nach der Schwere und dem Stadium der Erkrankung. Dabei sind Differenzierungen im Sinne der Geltung abgestufter Evidenzgrade nach dem Grundsatz vorzunehmen „je schwerwiegender die Erkrankung und ‚hoffnungsloser‘ die Situation, desto geringere Anforderungen sind an die ‚ernsthaften Hinweise‘ auf einen nicht ganz entfernt liegenden Behandlungserfolg zu stellen“. Für diese Beurteilung können auch Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Konsensuskonferenzen und Berichte von Expertenkomitees berücksichtigt werden.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 04.03.2024 - S 3 KR 1857/23 - wies die Klage ab. Das *LSG* verpflichtete die Bekl., dem Kl. 37.764,54 € zu erstatten sowie ihn zukünftig von im Rahmen der Versorgung mit dem Pembrolizumab entstehenden Kosten freizustellen.

IV. Hilfsmittel

1. Aktivrollstuhl

a) Versorgung mit zweitem Aktivrollstuhl und Ausfallzeiten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.12.2025 - L 11 KR 3378/23

RID 26-01-38

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

Leitsatz: Versicherte, die mit einem speziell angepassten Aktivrollstuhl versorgt sind, haben **defektbedingte Ausfallzeiten** in geringem Maße - zusammenhängend etwa bis zur Obergrenze von 10 Tagen und abhängig von den Gegebenheiten des Einzelfalles - hinzunehmen, wenn ihrem Versorgungsbedürfnis während der Reparaturzeit ansatzweise auf andere Weise Rechnung getragen wird. Die theoretische Möglichkeit eines Totalschadens des vorhandenen Aktivrollstuhls begründet keinen Anspruch auf Zweitversorgung.

SG Stuttgart, Urt. v. 13.11.2023 - S 23 KR 1985/22 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Aktivrollstuhl Speedy A1 als Zweitversorgung zu versorgen. Das *LSG* wies die Klage ab.

b) Aktivrollstuhl zusätzlich zu schon vorhandenem Elektrorollstuhl

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.11.2024 - L 4 KR 366/23

RID 26-01-39

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

Leitsatz: 1. Kaum oder nicht gehfähige Versicherte können die Versorgung mit einem **Aktivrollstuhl** – zusätzlich zu einem schon **vorhandenen Elektrorollstuhl** – beanspruchen, wenn sie sich in ihrer **Wohnung** und in deren Nahbereich auch mittels eigener Körperkraft **fortbewegen** wollen.

2. Zu einer **selbstbestimmten Lebensführung** i.S.v. § 1 SGB IX zählt auch die Möglichkeit, in die zentralen Räume der eigenen Wohnung – hier: die Küche – ohne fremde Hilfe gelangen zu können.

3. Auch wenn Versicherte ihrem Antrag auf Versorgung mit einem Hilfsmittel einen Kostenvoranschlag für ein bestimmtes Modell beigefügt haben und im Klageverfahren nur über einen hierauf bezogenen Leistungsantrag entschieden wurde, kann **Gegenstand des Berufungsverfahrens** ein nur auf die Art des Hilfsmittels bezogener, modell-unabhängiger Versorgungsanspruch sein.

SG Berlin, Urt. v. 28.09.2023 - S 56 KR 726/19 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem an ihre Körpermaße angepassten Aktivrollstuhl, der ihr das Erreichen sämtlicher Wohnräume ihrer derzeitigen Wohnung ermöglicht, zu versorgen.

2. Therapiefahrrad als Transportmittel

SG Konstanz, Urteil v. 13.01.2026 - S 7 KR 1309/25

RID 26-01-40

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33; SGB IX §§ 14, 16

Kann ein **Kind** ein **Therapiefahrrad** nicht wesentlich in seiner eigentlichen Funktion als Fahrrad nutzen, sondern wird es im Wesentlichen als **Transportmittel** genutzt, ist es nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich zu gewähren.

Das *SG* wies die Klage des Trägers der sozialen Teilhabe gegen die Krankenkasse ab.

3. Ganzkörpersoftorthese Typ „Mollii Suit“

a) Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung bei Fibromyalgie

SG Lüneburg, Urteil v. 18.11.2025 - S 44 KR 19/25

RID 26-01-41

www.juris.de
SGB V §§ 33 I 1, 135 I 1

Leitsatz: 1. Dient ein Hilfsmittel nach dem Einsatzzweck und Behandlungskonzept zumindest auch der **Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung**, bedarf es für **neue Behandlungsmethoden** einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

2. Die Empfehlung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für die Behandlung mit dem Exopulse Mollii Suit ist nicht entbehrlich, weil die **Behandlung mit niederfrequenten Strömen (TENS)** Bestandteil des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Wirkweise an fast dem gesamten Körper verleiht der Behandlung mit dem Mollii Suit gegenüber der lokal begrenzten TENS-Behandlung eine eigene Qualität, die einer Befassung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Methode bedarf.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung bei Ataxie

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.10.2025 - L 5 KR 189/24

RID 26-01-42

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 33 I, 135 I

Eine **Ganzkörpersoftorthese Typ „Mollii Suit“** stellt ein Hilfsmittel zur Sicherung des **Erfolgs einer Krankenbehandlung** dar. Für diese greift die Sperrwirkung des § 135 Abs. 1 SGB V.

SG Dortmund, Gerichtsbb. v. 13.03.2024 - S 48 KR 1323/21 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Thorax-Orthese

SG Hamburg, Urteil v. 04.11.2025 - S 6 KR 7/25

RID 26-01-43

www.juris.de
SGB V § 33 I

Eine **Thorax-Orthese** dient **nicht zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung**, wenn kein direkter therapeutischer Erfolg verfolgt wird, sondern es sich um eine prophylaktische Nutzung mit dem Ziel handelt, etwaige nicht vorhersehbare Einwirkungen auf den Herzschrittmacher, durch den der eigentliche therapeutische Erfolg im Hinblick auf die Herzerkrankung der Kl. erzielt wird, und damit eine Beschädigung zu vermeiden.

Das *SG* wies die Klage ab.

5. Assistenzhund bei psychischer Erkrankung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.10.2025 - L 16 KR 471/22

RID 26-01-44

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Einem Anspruch aus § 13 Abs. 3 S. 1 2. Alt SGB V steht bereits entgegen, dass der **Beschaffungsweg** nicht eingehalten worden ist, weil die Kl. sich vor der Antragstellung bei der Bekl. auf eine bestimmte Art der Leistung, nämlich die Anschaffung eines Hundes und dessen Ausbildung, festgelegt hatte.

Die Versorgung mit einem ausgebildeten Assistenzhund dient hier jedoch keinem der in § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten **Versorgungsziele**, insb. ist nicht ersichtlich, dass der Assistenzhund der kurativen Behandlung der **psychischen Erkrankung** der Kl. mit depressiven Episoden, Angstzuständen, Flashbacks und dissoziativen Zuständen dienen soll; er soll lediglich die daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen mildern und ausgleichen. Darüber hinaus scheidet der Einsatz auch deshalb aus, weil der **GBA** bislang keine Empfehlung über die Anerkennung eines diagnostischen und therapeutischen Nutzens von Assistenzhunden bei psychischen Gesundheitsstörungen und PTBS sowie dessen medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse abgegeben hat und einem möglichen Anspruch daher bereits die **Sperrwirkung** des § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V entgegensteht. Ebf. wird durch den Assistenzhund keine **Behinderung** ausgeglichen.

SG Hannover, Urt. v. 21.09.2022 - S 50 KKR 1346/19 - verurteilte die Bekl., der Kl. Kosten zu erstatten, die über einen Betrag in Höhe von 10.000 € hinausgingen, und die laufenden Kosten der Versorgung des Assistenzhundes zu übernehmen. Das *LSG* wies die Klage auf die Berufung der Bekl. ab.

6. Hörgeräteversorgung

a) Freiburger Sprachtest als Entscheidungsgrundlage

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.08.2025 - L 11 KR 529/24

RID 26-01-45

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

Der Hörgeräteakustiker und die Krankenkasse können ihre Entscheidung allein auf die **Messergebnisse unter Laborbedingungen** stützen. Der **Freiburger Sprachtest** ist nach § 21 Abs. 2 und 3 HM-RL ein normiertes Verfahren und ermöglicht einen objektiven Vergleich zwischen den getesteten Hörgeräten.

SG Duisburg, Urt. v. 25.07.2024 - S 54 KR 1350/23 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Glaubhaftmachung einer besonderen Eilbedürftigkeit

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 16.10.2025 - L 16 KR 348/25 ER

RID 26-01-46

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Eine **besondere Eilbedürftigkeit** ist nicht glaubhaft gemacht, wenn der Ast. aktuell mit den begehrten Hörgeräten ausgestattet ist und er nicht vorträgt, weshalb eine Ratenzahlungsvereinbarung für die von

ihm gewählte, über den Vertragspreis hinausgehende Mehrausstattung mit dem Akustiker nicht möglich ist.

SG Braunschweig, Gerichtsb. v. 19.05.2025 - S 31 KR 251/24 - wies die Klage ab. **Nach Berufungseinlegung** stellte der Kl. den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

7. Real-Time-Glukosemesssystems (rtCGM-System): Verordnung durch Nichtdiabetologen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.08.2025 - L 10 KR 834/24

RID 26-01-47

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin, der über eine **Genehmigung** zur Teilnahme an der Vereinbarung nach § 73 SGB V zur Optimierung der Versorgung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V als **koordinierender Arzt** verfügt, verfügt über eine vergleichbare Qualifikation i.S.d. § 3 Abs. 2 Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus v. 16.06.2016. Dies ergibt sich aus der Zielrichtung der einschlägigen DMP einerseits sowie der ihm als koordinierenden Arzt dabei zugewiesenen zentralen Funktion andererseits.

SG Detmold, Urt. v. 10.12.2024 - S 2 KR 973/21 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. 2.681,78 € zu zahlen.

8. Wassersterilfilter

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 29.04.2025 - L 11 KR 2294/24

RID 26-01-48

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Wassersterilfiltern fehlt es ihrer Konzeption nach an der für die Leistungspflicht der Krankenkassen maßgeblichen **Zweckbestimmung von Hilfsmitteln** im Sinne des § 33 SGB V, des § 23 SGB V und des § 31 SGB IX. Die Krankenkassen haben ihren Versicherten Wassersterilfilter weder zur Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 i.V.m. § 33 SGB V) oder zur medizinischen Vorsorge (§ 23 Abs. 1 SGB V) noch zur medizinischen Rehabilitation behinderter Menschen (§ 31 SGB IX) zur Verfügung zu stellen. Die Verwendung von Wassersterilfiltern zielt nach ihrer Funktionalität und Zwecksetzung allein darauf ab, die Infektion mit Krankheitserregern zu verhindern. Mithin steht im Vordergrund allenfalls die gezielte Versorgung der Behandlungsziele des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V, insb. die Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit, hier der primären ciliären Dyskinesie (einer sehr seltenen angeborenen Störung der Flimmerzellen des Oberflächenepithels im Beatmungstrakt, wodurch der Selbstreinigungs- und Abwehrmechanismus der Atemwege erheblich beeinträchtigt ist), durch Vermeidung bzw. Reduzierung weiterer Infektionen. Hilfsmittel, die **allein prophylaktisch** eingesetzt werden, sind insoweit nicht ausreichend, da hierdurch weder der Krankheits- noch der Heilungsverlauf (hier der PCD) positiv beeinflusst wird.

Als Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung fehlt den streitgegenständlichen Wassersterilfiltern derzeit jedenfalls die erforderliche **Methodenbewertung durch den GBA**.

SG Reutlingen, Urt. v. 19.06.2024 - S 1 KR 827/23 - verurteilte die Bekl., dem Kl. pro Jahr 16 Wassersterilfilter als Sachleistung der GKV zu gewähren und die ihm für die Selbstbeschaffung von Wassersterilfiltern entstandenen Kosten i.H.v. insgesamt 1.058,93 € zu erstatten. Das **LSG** wies die Klage ab.

V. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 28.01.2026 - **B 1 KR 20/24 R** - hat das LSG gestützt auf ärztliche Stellungnahmen festgestellt, dass die **Suchtrehabilitation zur Verwirklichung der Rehabilitationsziele** nach § 11 Absatz 2 SGB V erforderlich gewesen ist. Ob die Maßnahme **daneben auch noch der Resozialisierung** des Klägers gedient hat, ist ohne Belang. Der Anspruch hat **nicht**

gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V während der stationären Rehabilitationsmaßnahme **geruht**. Während der Maßnahme zur Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 des Betäubungsmittelgesetzes fand kein Vollzug einer freiheitsentziehenden Maßnahme statt. Die **Maßnahmen zur Zurückstellung der Strafvollstreckung** sind nach der Rechtsprechung der Straferichte dadurch gekennzeichnet, dass der Verurteilte sich nicht mehr im Strafvollzug befindet, die Strafvollstreckung aber noch nicht beendet ist. Der **Ruhestatbestand im SGB V** knüpft demgegenüber daran an, dass der Betroffene sich zum Vollzug einer freiheitsentziehenden Maßnahme in einer Vollzugsanstalt aufhält und insbesondere nicht frei über seinen Aufenthalt bestimmen kann. Während der Zurückstellung nach § 35 des Betäubungsmittelgesetzes ist der Verurteilte keinen derartigen Beschränkungen seiner Bewegungsfreiheit unterworfen. Diese Auslegung des Ruhestatbestands steht nicht im Widerspruch zum Urteil des 4. Senats des Bundessozialgerichts vom 5. August 2021 - B 4 AS 58/20 R - zum Ausschlussstatbestand des § 7 Absatz 4 Satz 2 SGB II. Der Kläger war während der Suchtrehabilitation auch nicht anderweitig durch einen Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz abgesichert. Der Ruhestatbestand verweist dazu dynamisch auf das jeweils geltende Strafvollzugsgesetz. Der Anwendungsbereich des hier maßgeblichen baden-württembergischen Justizvollzugsgesetzbuchs IV (Jugendstrafvollzug) ist nach der für das Bundessozialgericht verbindlichen Auslegung dieser nicht revisiblen Vorschriften durch das Landessozialgericht hier bereits nicht eröffnet.

1. Häusliche Krankenpflege

a) Schulbegleitung als Diabetes-Assistenz

aa) Krankenbeobachtung als Maßnahme der Behandlungssicherungspflege

SG Frankfurt a.M., Beschluss v. 03.11.2025 - S 14 KR 445/25 ER

RID 26-01-49

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37 II; SGG § 86b II

§ 37c SGB V ist **lex specialis** zu § 37 Abs. 2 SGB V nur für den Fall, dass ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege erforderlich ist. Ansonsten engt er den Anwendungsbereich des § 37 Abs. 2 SGB V weder ein, noch beschränkt er ihn.

Eine **Schulbegleitung** dient der Versorgung eines **insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ 1**, wenn aufgrund der schwankenden Blutzuckerwerte infolge wechselnder körperlicher Aktivitäten, unregelmäßigem Tagesrhythmus und Infekten die Notwendigkeit einer jederzeitigen Interventionsmöglichkeit besteht. Bei einer solchen Diabetes-Assistenz handelt es sich um eine **Krankenbeobachtung** als Maßnahme der Behandlungssicherungspflege im Sinne des § 2 Abs. 2 HKP-RL. Ein Anspruch gegen den Träger der **Eingliederungshilfe** kommt deshalb nicht in Betracht.

Soweit der **GBA** in der Änderung der HKP-RL die bisher im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) der Anlage zur HKP-RL unter Ziff. 24 genannten **Leistungen** der speziellen Krankenbeobachtung **gestrichen** hat, folgt daraus nicht, dass solche Leistungen nicht mehr im Rahmen des § 37 Abs. 2 SGB V zu erbringen wären.

Das **SG** verpflichtete die Ag. zu 1) im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. an Schultagen ab 18.08.2025 (Schuljahresbeginn) bis zum Ablauf des aktuellen Verordnungszeitraums am 26.06.2026 (Schuljahresende), längstens bis zum Abschluss des Hauptsachverfahrens, je nach dem, was früher eintritt, häusliche Krankenpflege in Form kontinuierlicher Beobachtung und Intervention beim Blutzuckerverlauf zur Vermeidung sowie zur Behandlung von Hypoglykämien durch subkutane Insulingaben mittels Insulinpumpe im Umfang von bis zu 8 Stunden täglich/40 Stunden wöchentlich während seines Aufenthaltes in der Schule zu gewähren. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

bb) Notwendigkeit einer ständigen Beobachtung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 21.11.2025 - L 10 KR 673/25 B ER

RID 26-01-50

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37 II; SGG § 86b II

Mit der **Einführung der außerklinischen Intensivpflege** war keinesfalls eine Einschränkung der bisherigen Ansprüche aus § 37 SGB V verbunden. Vielmehr sollte § 37c SGB V, in dessen Folge die Richtlinien-Änderung durch den GBA erfolgte, die Regelungen zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V konkretisieren und erweitern, nicht einengen.

Die begehrte **Schulbegleitung** dient mit Beginn des ersten Schuljahres und aktuell während des Schulbesuchs der Versorgung der bei dem Ast. vorliegenden Erkrankung, des **Diabetes mellitus Typ 1**. Insoweit genügt die Gewährung regelmäßiger Blutzuckermessungen und Insulingaben während des Schulbesuchs zu im Voraus bestimmten Zeiten nicht. Der Ast. benötigt eine ständige Beobachtung,

damit in den jeweiligen, unvorhersehbar auftretenden Situationen die geeigneten Maßnahmen ergriffen werden können, um Über- und Unterzuckerungen zu vermeiden.

SG Dortmund, Beschl. v. 25.08.2025 - S 51 KR 883/25 ER - RID 26-01 (nachstehend) verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens, längstens jedoch bis zum 17.07.2026, dem Ast. häusliche Krankenpflege in Form der Sicherungspflege für den Besuch der Grundschule im Zeitraum von 07:15 Uhr bis 16:00 Uhr an den Schultagen zur Verfügung zu stellen. Das **LSG** verpflichtete auf Beschwerde der Ag. die Ag. zur Gewährung der häuslichen Krankenpflege in Form der Sicherungspflege bis längstens 27.03.2026.

cc) Starke Schwankungen der Blutzuckerwerte

SG Dortmund, Beschluss v. 25.08.2025 - S 51 KR 883/25 ER

RID 26-01-51

www.juris.de
SGB V § 37 II

Ist aufgrund des jungen Alters des Versicherten mit starken **Schwankungen der Blutzuckerwerte** zu rechnen, insb. bei körperlicher Anstrengung, Aufregung oder leichteren Infekten, so dass regelmäßige Blutzuckerkontrollen erforderlich sind, ist es wahrscheinlich, dass während des Schulbesuchs eine Begleitperson vorhanden sein muss, die in der Lage ist, den Blutzuckerspiegel regelmäßig auch in unvorhersehbaren Situationen zu überprüfen, Insulindosierungen korrekt vorzunehmen und im Falle eines Notfalls umgehend und rechtzeitig adäquat zu handeln. **5 Einsätze täglich, alle 2 Stunden** mit einer Dauer pro Einsatz von 20 Minuten, sind dann **unzureichend**.

Das **SG** verpflichtet die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens, längstens jedoch bis zum 17.07.2026, vorläufig, dem Ast. häusliche Krankenpflege in Form der Sicherungspflege für den Besuch der Grundschule im Zeitraum von 07:15 Uhr bis 16:00 Uhr an den Schultagen zur Verfügung zu stellen. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 21.11.2025 - L 10 KR 673/25 B ER - RID 26-01 (vorstehend) verpflichtete auf Beschwerde der Ag. die Ag. zur Gewährung der häuslichen Krankenpflege in Form der Sicherungspflege bis längstens 27.03.2026.

b) Medikamentengabe in einer Eingliederungseinrichtung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.09.2025 - L 11 KR 1073/25

RID 26-01-52

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37 II

Hat ein Versicherter in einer Eingliederungseinrichtung dieser gegenüber einen Anspruch auf Sicherung der gesundheitlichen Grundversorgung, umfasst dies auch die Medikamentengabe.

SG Konstanz, Urt. v. 26.02.2025 - S 2 KR 105/24 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Außerklinische Intensivpflege

aa) Beatmung und Sekretabsaugung bei amyotropher Lateralsklerose und Schlaganfall

SG München, Beschluss v. 05.02.2026 - S 59 KR 171/26 ER

RID 26-01-53

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37c; SGG § 86b II

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen für den Erlass einer **einstweiligen Anordnung** hinsichtlich **außerklinischer Intensivpflege** für Beatmung und Sekretabsaugung bei ALS und Schlaganfall.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. über die bewilligten 8 Nachtstunden hinaus vorläufig Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ab 06.02.2026 bis 19.03.2026, längstens jedoch bis zum Eintritt der Bestandskraft der Hauptsache, in Form von Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts, Anwendung des Cough Assist, Absaugen der oberen Atemwege und Interventionsbereitschaft im Umfang von weiteren 14 Stunden 16 Minuten täglich an 7 Tagen wöchentlich gemäß der ärztlichen Verordnung des F. vom 18.11.2025 zu gewähren, und lehnte im Übrigen den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

bb) Keine Einbeziehung von Folgeverordnungen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 29.12.2025 - L 10 KR 560/25 B ER

RID 26-01-54

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37c; SGG §§ 86b II, 96

Spricht einiges dafür, dass die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich sein könnte, bleibt die endgültige **Klärung dieser Problematik** und der streitigen Tatsachenfragen dem **Hauptsacheverfahren** vorbehalten. Einen Anordnungsgrund hat der Ast. angesichts der mit den begehrten Leistungen verbundenen Kostenbelastung und der finanziellen Situation seiner Eltern hinreichend glaubhaft gemacht.

Die Krankenkasse kann und muss hinsichtlich jeder Verordnung erneut prüfen, ob die Voraussetzungen der Leistungsgewährung vorliegen. Eine **Einbeziehung von Folgeverordnungen** (und ggf. diese betreffenden Bescheide nach § 96 Abs. 1 SGG) scheidet regelhaft aus. Die Übertragung dieser zur häuslichen Krankenpflege ergangenen Rechtsprechung auf Leistungen der **außerklinischen Intensivpflege** nach § 37c SGB V ist gerechtfertigt und geboten (dazu bereits LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2025 - L 10 KR 797/24 B ER - <nicht veröffentlicht>).

SG Duisburg, Beschl. v. 28.07.2025 - S 46 KR 866/25 ER - verpflichtete die Ag., dem Ast. außerklinische Intensivpflege im Umfang von 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche nach ärztlicher Verordnung vorläufig - bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens - zu gewähren. Das **LSG** wies die Beschwerde mit der Maßgabe zurück, dass die Verpflichtung nur bis längstens zum 31.10.2025 besteht.

2. Rehabilitationsmaßnahme in Wunschklinik

LSG Hessen, Urteil v. 16.01.2025 - L 8 KR 901/21

RID 26-01-55

www.juris.de
SGB V §§ 13 III, 40 III; SGB IX a.F. § 15

Versicherte haben einen Anspruch auf Gewährung der beantragten Rehabilitationsmaßnahme in der von ihnen **gewählten Wunschklinik**, wenn die gewählten Reha-Kliniken medizinisch ebenso geeignet sind wie die von der Krankenkasse nachträglich benannten Vergleichskliniken. Eine **Anrechnung evtl. Mehrkosten** auf den Erstattungsanspruch des Versicherten kommt wegen eines vollständigen diesbezüglichen Ermittlungs- und Ermessensausfalls im Rahmen der Leistungsablehnung nicht in Betracht.

SG Frankfurt a.M., Gerichtsbb. v. 22.01.2021 - 25 KR 24/18 - juris wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. weitere Kosten in Höhe von 1.147,12 € für die von dem verstorbenen Ehemann der Kl. selbst beschaffte Rehabilitationsmaßnahme in den Reha-Kliniken S. zu erstatten sowie ihr Zinsen zu zahlen; im Übrigen wies es die Berufung zurück.

3. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung: Fehlende Verordnung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.11.2025 - L 1 KR 355/25 B ER

RID 26-01-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 60, 92 I 2 Nr. 12

Nur in besonderen Ausnahmefällen übernimmt nach § 60 Abs. 1 S. 3 SGB V die Krankenkasse auch **Beförderungsleistungen zum Aufsuchen einer ambulanten Behandlung**, die der gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransportrichtlinie) geregelt hat. Im Allgemeinen muss ein Versicherter Ärzte und Heilmittelerbringer auf eigene Kosten aufsuchen.

Stellt die Behandlerin des Ast. ausweislich ihres Attestes **keine Verordnung** aus, sondern äußert sie lediglich eine **Bitte**, liegt ein Ausnahmefall nicht vor.

SG Berlin, Beschl. v. 01.09.2025 - S 143 KR 357/25 ER - wies den Antrag, die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, umgehend die Fahrtkosten zu seinen behandelnden Ärzten zu übernehmen, ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

VI. Angelegenheiten der Krankenhäuser

Nach BSG, Urt. v. 28.01.2026 - **B I KR 37/24 R** - steht der mit der Klage geltend gemachte Anspruch auf **Erstattung der Kosten für das Medikament Kovaltry** gegen die Bekl. nicht zu. Die Bekl. hat nach dem für die Beteiligten maßgeblichen Preisrecht die Vergütung für die streitgegenständlichen Behandlungsfälle vollständig erbracht. Die **Versorgung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren** unterfällt auch in einem **psychiatrischen Krankenhaus** der Gesamtbehandlungsverantwortung des Krankenhauses gemäß § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V und ist als **allgemeine Krankenhausleistung** im Sinne des § 2 Abs. 2 S. 1 Bundespflegesatzverordnung mit **dem pauschalierten Entgelt** und den weiteren in § 7 S. 1 Bundespflegesatzverordnung abschließend aufgeführten Entgelten **vollständig abgegolten**. Auf das Verhältnis der Kosten des Medikaments zur Höhe der Vergütung und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Krankenhauses kommt es hierbei nicht an. Ein Anspruch der Kl. auf ein **Zusatzentgelt** besteht nicht, weil ein solches für das in Rede stehende Medikament für psychiatrische Krankenhäuser im streitigen Zeitraum nicht vereinbart war. Eine entsprechende Anwendung der für somatische Krankenhäuser geltenden Regelung scheidet aus. Sofern die Nichtvereinbarung eines Zusatzentgelts für die Versorgung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren in psychiatrischen Krankenhäusern gegen **höherrangiges Recht verstoßen sollte**, was auch nach den vom Senat eingeholten Stellungnahmen der hierfür zuständigen Vertragsparteien auf Bundesebene sehr naheliegend ist, folgt hieraus kein Zahlungsanspruch der Kl. gegen die Bekl. in den vorliegenden Behandlungsfällen. Über insofern denkbare Ausgleichsmöglichkeiten auf der Budgetebene und Amtshaftungsansprüche gegen die Vertragsparteien auf Bundesebene wegen der Verletzung ihrer normgeberischen Reaktionspflicht hatte der Senat nicht zu entscheiden. Nach BSG, Urt. v. 28.01.2026 - **B I KR 9/25 R** - hat die Kl. **keinen Anspruch** gegen die Bekl. **auf Erstattung der Kosten für das Medikament Voraxaze (Wirkstoff Glucarpidase)**. Der Versicherten stand gemäß § 2 Abs. 1a SGB V ein Leistungsanspruch auf das Medikament zu. Die Versorgung der Versicherten mit diesem unterfiel jedoch gemäß § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V der Gesamtbehandlungsverantwortung des Krankenhauses und war als allgemeine Krankenhausleistung im Sinne des § 2 Abs. 2 S. 1 Krankenhausentgeltgesetz mit der Fallpauschale und den weiteren in § 7 Abs. 1 S. 1 Krankenhausentgeltgesetz abschließend aufgeführten Entgelten vollständig abgegolten. Unerheblich ist insofern, ob das **Medikament der Behandlung der onkologischen Erkrankung der Versicherten selbst** oder der **Behandlung von Nebenwirkungen** diene und ob die Kosten hierfür in dem vorliegenden Einzelfall sachgerecht vergütet sind. Ein Anspruch der Klägerin auf ein **Zusatzentgelt** besteht nicht, weil ein solches für das in Rede stehende Medikament im streitigen Zeitraum nicht vereinbart war. Für die Klägerin hätte allerdings die Möglichkeit bestanden, auf Pflegesatzebene mit den Kostenträgern ein **zeitlich befristetes, fallbezogenes Zusatzentgelt nach Maßgabe des § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz zu vereinbaren** (sog. -Entgelt für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden). Die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür dürften vorgelegen haben. Es handelte sich bei der Gabe des Medikaments im Zeitpunkt der streitigen Behandlung um eine neue Behandlungsmethode im Sinne der Vorschrift. Der Methodenbegriff ist hier weiter zu verstehen als in §§ 135, 137c SGB V. Der Vereinbarung eines Entgelts für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden stand nicht entgegen, dass Voraxaze 2018 in Deutschland und der Europäischen Union nicht zugelassen war und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) den Wirkstoff Glucarpidase seinerzeit mit dem Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden-Status 2 bewertet hatte. Nach BSG, Urt. v. 28.01.2026 - **B I KR 21/24 R** - kann die Kl. ihren Vergütungsanspruch im umstrittenen Behandlungsfall jedenfalls **nicht auf die vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten stützen**, da diese nach den bindenden Feststellungen des LSG in dem noch streitigen Zeitraum medizinisch nicht mehr erforderlich war. Ob die Kl. den Vergütungsanspruch aus dem **Rechtsgedanken des § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V** herleiten kann, kann der Senat nicht entscheiden. Aus den bindenden Feststellungen des LSG lässt sich schon nicht ableiten, dass die Bekl. Schuldnerin eines etwaigen Anspruchs auf Vergütung einer stationären **Notfall-Rehabilitation** wäre. Ein solcher richtet sich entsprechend den Grundsätzen der stationären Notfallbehandlung im Krankenhaus **allein gegen den Rehabilitationsträger**, der nach § 14 SGB IX im Außenverhältnis zum Versicherten zuständig ist. Das LSG hat hierzu keine Feststellungen getroffen. Zudem fehlen auch Feststellungen des LSG zu den Voraussetzungen einer stationären Notfall-Rehabilitation.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Vollstationäre statt ambulante Behandlung

aa) Intensivstation: Reanimation ohne weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 08.01.2025 - L 4 KR 420/22

RID 26-01-57

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B I KR 23/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV

Ein Versicherter wird **mangels „Aufnahme“** in das Krankenhaus nicht vollstationär behandelt, wenn er nach Erstkontakt in der Zentralen Notfallambulanz um 08.03 Uhr und Durchführung einer 26 Sekunden andauernden „Triage“ (08.04 bis 08.05 Uhr) sofort auf die Intensivstation verbracht wird, dort nach Reanimationsmaßnahmen für die Dauer von ca. 10 Minuten verstirbt.

Wird ein Versicherter in einem akut lebensbedrohlichen Zustand in eine eigens für solche Fälle vorgehaltene **Intensivstation** eingeliefert, ist zwar in der Regel von einer vollstationären Behandlung auszugehen. Werden aber die auf der Intensivstation **vorgehaltenen Mittel tatsächlich nicht mehr genutzt** und auch nicht mehr benötigt, liegt keine stationäre Behandlung vor. Dies ist der Fall, wenn die präklinisch eingeleitete Reanimation bei Asystolie und hochgradigem Verdacht auf Lungenembolie auf der Intensivstation zunächst kurzzeitig fortgeführt wird, jedoch keine weiteren diagnostischen oder

therapeutischen Maßnahmen mit der für eine intensivmedizinische Behandlung erforderliche Intensität durchgeführt werden.

SG Stade, Urt. v. 22.08.2022 - S 29 KR 385/19 - verurteilte die Bkl., an die Kl. 735,18 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

bb) AOP-Katalog: Begründungspflicht (Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörgangs)

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

RID 26-01-58

www.juris.de

SGB V §§ 109 IV 3, 115b, 301

Ein Krankenhaus kommt einer **fallindividuellen Begründungspflicht** für den stationären Aufenthalt einer im Regelfall ambulant durchführbaren Operationen 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.

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

cc) Multimodale Schmerztherapie: Ausschöpfen ambulanter Behandlungsmöglichkeiten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.11.2025 - L 5 KR 652/23

RID 26-01-59

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 108

Bei einer chronischen pseudoradikulären **Lumboischialgie**, Schulterbeschwerden rechts bei muskulären Imbalancen sowie ossär-diskogenen polysegmentalen Degeneration besteht keine objektive Notwendigkeit einer stationären Behandlungsbedürftigkeit, weil eine **Behandlung bei einem Orthopäden**, möglichst mit schmerztherapeutischen Kenntnissen und ggf. sogar entsprechender zertifizierter Weiterbildung, bzw. alternativ zusätzlich durch einen Schmerztherapeuten sinnvoll ist. Auch muss vor einer multimodalen Schmerztherapie eine Anpassung der medikamentösen Behandlung unter gleichzeitiger Intensivierung der ambulanten, nicht medikamentösen Therapie, ggf. unter Anpassung der ärztlichen Behandlung erfolgen.

SG Dortmund, Urt. v. 07.06.2023 - S 93 KR 223/21 KH - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

dd) Versorgung mit einem Cochlea-Implantat: Überprüfung der Hörgeräteversorgung

LSG Hessen, Urteil v. 18.04.2024 - L 8 KR 379/21

RID 26-01-60

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 33 I, 39 I, 70 I

Ist die Notwendigkeit der **operativen Versorgung** eines Versicherten mit einem **Cochlea-Implantat** zum Zeitpunkt der stationären Behandlung noch offen, ist vorrangig zunächst die weitaus wirtschaftlichere, ambulant durchführbare **Überprüfung der Hörgeräteversorgung** (Anpassung und Optimierung des Hörgerätes, ggf. Versorgung mit einem noch leistungsfähigeren Hörgerät) durchzuführen.

SG Frankfurt a.M., Urt. v. 29.06.2021 - S 38 KR 335/16 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 14.11.2025 - B 1 KR 35/24 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

ee) Prostatabiopsie

SG Düsseldorf, Urteil v. 27.10.2025 - S 51 KR 2656/23 KH
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV

RID 26-01-61

Eine **Prostatabiopsie** kann aus der ex-ante-Sicht des Behandlers **ambulant** erbracht werden. Die Biopsietechnik eignet sich sogar besonders für eine ambulante Durchführung, da keine Sedierung oder Allgemeinnarkose durchgeführt werden muss.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Versorgungsauftrag

aa) Hinweis auf flughafentypisches Klientel in Versorgungsvertrag

SG München, Urteil v. 09.12.2025 - S 7 KR 83/25
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 108 Nr. 3, 109; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

RID 26-01-62

Wird in einem **Versorgungsvertrag** die Erbringung von planbaren Leistungen nicht ausgeschlossen, so ist das Krankenhaus berechtigt, **planbare Totalendoprothesen** zu erbringen. Die Beschränkung auf eine „**akute stationäre Behandlung**“ oder auf eine im Versorgungsvertrag definierte Klientel „z.B. Versorgung von in- und ausländischen Fluggästen, Besuchern des Flughafens, Mitarbeitern des Flughafens in Einzelfällen“ schließt dies nicht aus. Auch nach der gesetzlichen Definition des § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V wird die akutstationäre Behandlung als stationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V definiert. Der Hinweis auf das **flughafentypische Klientel** dient der Begründung, aus welchen Gründen ein Vertragskrankenhaus am Flughafen zugelassen wird.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 78.367,99 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Versorgungsauftrag Chirurgie umfasst Gebiet der Viszeralchirurgie

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 17.07.2025 - L 6 KR 76/22
www.juris.de
KHG § 8 I 3

RID 26-01-63

Leitsatz: 1. Ist einem Plankrankenhaus in Mecklenburg-Vorpommern im Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG die **Fachabteilung Chirurgie zugewiesen**, ergibt sich daraus nach der WBO der Ärztekammer M-V ein **Versorgungsauftrag** auch für das **Gebiet der Viszeralchirurgie**, das wiederum auch **adipositaschirurgische Leistungen** (hier: Schlauchmagen-OP) umfasst.

2. Aus dem **Fehlen einer ausdrücklichen Zuweisung** der besonderen Aufgabe Adipositas-Chirurgie folgt keine Eingrenzung dieses Versorgungsauftrags.

SG Stralsund, Urt. v. 26.08.2022 - S 3 KR 92/21 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.318,85 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Rehabilitationsbehandlung statt Krankenbehandlung

aa) Vorwiegend Anwendung von Heilmitteln

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.12.2025 - L 16 KR 63/23 KH
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 107, 109 IV 3

RID 26-01-64

Wenn keine akute medizinische Behandlung einer Krankheit erforderlich, sondern u.a. **medizinische Rehabilitation** ausreichend ist, ist ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung ausgeschlossen. Die Aufnahme der Versicherten in die Klinik für Naturheilkunde erfolgte für die Teilnahme an einem **strukturierten ordnungstherapeutischen und naturheilkundlichen Programm** mit dem Ziel, die Eigenkompetenz zu stärken, gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Alltag zu integrieren und die belastenden Nebenwirkungen der Chemotherapie zu reduzieren. Unter Berücksichtigung des Konzepts der Klinik, wonach die Versicherte an 11 Tagen über je sechs Stunden pro Tag an einem je

Behandlungstag neben der stattfindenden Labordiagnostik geplanten Programm teilnahm, wurden die meisten Behandlungen nichtärztlich durchgeführt. Ein Erreichen der Behandlungsziele vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen ist daraus nicht erkennbar. Vielmehr ist hier kennzeichnend, dass die Behandlungsziele nach einem ärztlichen Behandlungsplan **vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln** einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Entspannungs- und Ernährungstherapie und damit durch Anwendung von Heilmitteln im Sinne von § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V verfolgt wurden.

SG Duisburg, Urt. v. 11.01.2023 - S 15 KR 1058/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.040,50 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage - nach teilweiser Klagerücknahme war noch ein Anspruch von 2.795,35 € streitig - ab.

bb) Stationäre Rehabilitationsbehandlung ausreichend

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.10.2025 - L 10 KR 283/24 KH

RID 26-01-65

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Eine **anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung** ist nicht i.S.d. § 39 Abs. 2 S. 2 SGB V erforderlich, wenn eine **stationäre Rehabilitationsbehandlung** ausreichend ist.

SG Duisburg, Urt. v. 28.03.2024 - S 41 KR 2640/19 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

cc) Erlernen einer Abführmethode mit anal eingeführter Flüssigkeit

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.06.2025 - L 4 KR 83/24

RID 26-01-66

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 108 Nr. 2, 109 IV 3, 112 II 1; KHEntgG § 7 I Nr. 5

Erfolgte nach der Dokumentation des stationären Aufenthalts des Versicherten nach der Aufnahme **keine wesentliche ärztliche Leistung** mehr, dann ist eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht erforderlich. Das **Erlernen des PAI-Programms** (PAI = per anale Irrigation; Abführmethode mit anal eingeführter Flüssigkeit) kann auch im Rahmen einer **stationären Rehabilitationsmaßnahme** erfolgen.

SG Ulm, Urt. v. 01.12.2023 - S 5 KR 179/20 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

d) Keine nachstationäre Behandlung bei möglicher ambulanter Behandlung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.10.2025 - L 11 KR 739/24

RID 26-01-67

Revision anhängig: B 1 KR 24/25 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG §§ 7, 8 II 3, 9 I 1 Nr. 1 bis 3; KHG § 17b

Der Vergütungsanspruch nach der Fallpauschale R61E besteht nicht, da der Kl. nach § 8 Abs. 2 S. 3 KHEntgG nicht berechtigt war, den OPS 5-399.5 (Portimplantation) als **nachstationäre Behandlung** zu kodieren und damit eine von der ursprünglichen Fallpauschale R61H abweichende, teurere Fallpauschale zu berechnen.

Der Kl. kann auch keine Zusatzvergütungen für **nachstationäre Behandlungen** zu der von der Bekl. anerkannten und vergüteten DRG R61H nach Maßgabe des § 115a Abs. 3 SGB V beanspruchen, weil sie **nicht erforderlich** war. Soweit das Krankenhaus eine Behandlung (hier: Portimplantation) sowohl als nachstationäre Leistung nach § 115a SGB V als auch als **ambulante Leistung nach § 115b SGB V** erbringen darf und kann, hat der Krankenhausträger kein Wahlrecht, welche der beiden Leistungen er abrechnet. Das Wirtschaftlichkeitsgebot wirkt insoweit steuernd, dass die günstigere Variante gewählt werden muss.

Es besteht allerdings ein Anspruch auf Vergütung einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach den **Grundsätzen des wirtschaftlichen Alternativverhaltens**.

SG Freiburg, Urt. v. 23.02.2024 - S 15 KR 1362/23 - verurteilte die Bekl., an den Kl. 1.620,22 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* hob das Urteil der Vorinstanz insoweit auf, als die Bekl. verurteilt wurde, dem Kl. mehr als 389,28 € zzgl. Zinsen zu zahlen. In diesem Umfang wies es die Klage ab und im Übrigen die Berufung zurück.

e) Kürzung der Verweildauer durch Krankenhaus

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.09.2025 - L 10 KR 613/24 KH

RID 26-01-68

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275c

Die vom Krankenhaus gleichsam das Ergebnis einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst **vorwegnehmende (fiktive) Kürzung der Verweildauer** ist auch der **Ermittlung der Berechnungstage** und damit der Berechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte zugrunde zu legen.

SG Detmold, Urt. v. 28.08.2024 - S 10 KR 764/23 - wies die Klage der Krankenkasse ab. Das *LSG* verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die Kl. 107,71 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff

SG Oldenburg, Urteil v. 18.12.2025 - S 63 KR 309/21

RID 26-01-69

www.juris.de

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

Die **Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff** liegt vor, wenn der BMI der Versicherten vor dem Eingriff bei 51 kg/m² liegt und damit den Vorgaben der einschlägigen S 3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolische Erkrankungen (Stand: 1. Februar 2018) entspricht.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.493,41 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Bestätigung des Mitgliedschaftsverhältnisses durch Krankenkasse

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 12.01.2026 - S 45 KR 1894/24 KH

RID 26-01-70

www.juris.de

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

Für den **Vergütungsanspruch** des Krankenhauses ist die Rechtsgrundlage des **Mitgliedschaftsverhältnisses** unerheblich. Es reicht aus, wenn die Krankenkasse in einem Schreiben an den Versicherten mitteilt, dass er bei ihr versichert sei und sie ihn nunmehr um Vorlage seiner Einkommensnachweise zwecks Bemessung der Beiträge bitte.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.092,97 € nebst Zinsen zu zahlen.

h) Erfüllungswirkung einer Zahlung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 26.08.2025 - L 10 KR 54/22

RID 26-01-71

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Die **Erfüllungswirkung** einer erfolgten **Zahlung** entfällt allgemein nicht wieder durch nachträgliche **weitere (Storno-)Rechnungen**, solange nicht beide Beteiligten darauf hinwirken, dass sowohl bereits erfolgte Zahlungen des Schuldners erstattet als auch im Übrigen Aufrechnungen rückgängig gemacht werden und das Schuldverhältnis komplett neu ausgehandelt wird.

2. Aus dem Regelungssystem der Abrechnung von stationären Leistungen des Krankenhauses mit der Krankenkasse im SGB V, der PrüfvV und dem KHEntG ergeben sich keine von diesen Grundsätzen abweichenden Vorgaben. Die Möglichkeit der Krankenkasse, nach § 9 PrüfvV einen Erstattungsanspruch nach erfolgter Zahlung „mit einem unstreitigen Leistungsanspruch der Krankenkasse“ **aufzurechnen**, spricht vielmehr gegen den nachträglichen Wegfall der Erfüllungswirkung einer erfolgten Zahlung.

SG Kiel, Urt. v. 21.02.2022 - S 44 KR 678/19 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte auf die Berufung der Kl. die Bekl., an die Kl. 1.483,10 € nebst Zinsen zu zahlen. Im Übrigen wies es die Klage ab und die Berufung zurück.

i) Höhe der Verzugszinsen

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 28.08.2025 - L 1 KR 200/22

RID 26-01-72

Revision anhängig: B 1 KR 18/25 R

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 69 I 3, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 120 II 2

Hat die Krankenkasse die Krankenhausträgerin zur Rückzahlung der Überzahlung bis zum 30.09.2020 aufgefordert, stehen ihr ab dem 01.10.2020 **Verzugszinsen** zu (vgl. § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. §§ 286, 288 BGB und § 9 Abs. 7 Krankenhausbehandlungsvertrag Rheinland-Pfalz 1999). Der Krankenhausbehandlungsvertrag Rheinland-Pfalz 1999 gilt auch für eine Krankenhausträgerin, die ihren Sitz nicht in Rheinland-Pfalz hat, weil die Reichweite der Verträge nach § 120 Abs. 2 S. 2 SGB V nur einheitlich bestimmt werden kann (vgl. dazu BSG, Urt. v. 16.05.2018 - B 6 KA 45/16 R - SozR 4-2500 § 120 Nr. 6, juris Rn. 23 ff. m.w.N.; BSG, Urt. v. 21.08.1996 - 3 RK 2/96 - SozR 3-2500 § 39 Nr. 4, juris Rn. 20). Entgegen der Vorinstanz können **nur Zinsen i.H.v. 2 % über dem Basiszinssatz** beansprucht werden. Dies ergibt sich aus § 9 Abs. 7 Krankenhausbehandlungsvertrag Rheinland-Pfalz 1999. Die Auffassung, dass diese vertragliche Bestimmung so zu verstehen sei, dass nicht 2 %, sondern **2 Prozentpunkte** gemeint seien (LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.04.2016 - L 5 KR 81/15 - und 03.04.2008 - L 5 KR 109/07 -; wohl auch - allerdings ohne Begründung - BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R - BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 17, juris Rn. 13), teilt der Senat nicht.

SG Koblenz, Urt. v. 15.09.2022 - S 1 KR 771/21 - verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Krankenkasse 3.393,86 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.393,86 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Berufung und die Klage zurück.

2. Prüfvereinbarung

a) Zulässigkeit zur Berichtigung von Abrechnungsfehlern

LSG Hamburg, Urteil v. 11.12.2025 - L 1 KR 92/24 KH

RID 26-01-73

www.juris.de

KHG § 17c IIa

Eine Ausnahme nach § 11 Abs. 1 Buchst. a) PrüfV 2021 (**Zulässigkeit zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens nach der Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V angemerkten Fehlern**) zum Ausschuss einer Abrechnungskorrektur liegt nicht vor, wenn der Fehler von der Krankenkasse nicht angemerkt wird oder wenn er weder bemerkt noch bemerkt werden kann.

SG Hamburg, Urt. v. 25.11.2024 - S 9 KR 594/23 KH - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Fehlende Konkretisierung der Krankenhausunterlagen durch MDK

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.08.2025 - L 4 KR 140/24

RID 26-01-74

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen von seiner **Obliegenheit** nach § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV zur **Konkretisierung der Krankenhausunterlagen** abgesehen, entsteht für das Krankenhaus keine Obliegenheit, die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen zu ergänzen. Eine Präklusionsfrist wird in diesem Fall nicht in Gang gesetzt.

SG Potsdam, Urt. v. 11.04.2024 - S 3 KR 205/20 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. 7.978,06 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Präklusion der erst im Klageverfahren vorgelegte Behandlungsunterlagen

LSG Hamburg, Urteil v. 11.12.2025 - L 1 KR 68/24 KH

RID 26-01-75

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

PrüfvV 2016 § 7 II

Erst im Klageverfahren vorgelegte Behandlungsunterlagen sind nach § 7 Abs. 2 PrüfvV 2016 **präkludiert**. Auf der Grundlage der nicht präkludierten Unterlagen ergibt sich kein Nachweis der medizinischen Notwendigkeit einer über den 05.05.2017 hinausgehenden stationären Behandlung. Der MDK hat keine **Hinweispflicht** bzgl. der Unvollständigkeit der übersandten Unterlagen.

SG Hamburg, Urt. v. 14.05.2024 - S 6 KR 173/21 - gab der Klage statt. Das *LSG* wies die Klage ab.

d) Umfang einer Fehlbelegungsprüfung und Einwendungsausschluss im Gerichtsverfahren

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.12.2025 - L 5 KR 390/24

RID 26-01-76

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 39, 275 I c

Leitsatz: Die **Fehlbelegungsprüfung** im Sinne der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) vom 01.09.2014 umfasst sämtliche Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit, auch mögliche Verstöße gegen das **Qualitätsgebot**. Die Krankenkasse ist mit dem **Einwand** eines Verstoßes gegen das Qualitätsgebot im Gerichtsverfahren **ausgeschlossen**, wenn mit der abschließenden Entscheidung nach § 8 PrüfvV ein solcher Verstoß nicht geltend gemacht worden ist, obwohl er für die Beklagte bzw. den Medizinischen Dienst erkennbar gewesen wäre.

SG Ulm, Urt. v. 01.12.2023 - S 5 KR 178/20 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte auf die Berufung der Kl. die Bekl., an die Kl. 13.487,38 € zzgl. Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

e) Fehlen von Strukturvoraussetzungen (Intensivmedizinische Komplexbehandlung)

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 09.12.2025 - L 10 KR 55/22

RID 26-01-77

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b; PrüfvV § 8

Leitsatz: 1. Wenn für einen **OPS mit Strukturvoraussetzungen** ein **MDK-Prüfverfahren** für die individualmedizinischen Voraussetzungen eingeleitet wurde, unterlag der OPS insgesamt ab 1. Januar 2016 dem Prüfverfahren der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV).

2. Eine Krankenkasse kann daher die Leistungsentscheidung nach § 8 Satz 1 PrüfvV ab 1. Januar 2016 auch mit dem **Fehlen von Strukturvoraussetzungen** begründen, wenn sie die Erkenntnisse zulässigerweise erlangt hat.

3. Sie muss sogar eine solche Leistungsentscheidung innerhalb der 11-Monats-Frist (§ 8 Satz 3 PrüfvV) treffen, wenn sie den geprüften OPS (allein) wegen fehlender Strukturvoraussetzungen für nicht kodierbar hält und gegen den Krankenhausträger aus diesem Grund einen **Erstattungsanspruch geltend** machen will.

SG Itzehoe, Gerichtsbb. v. 04.03.2022 - S 33 KR 513/22 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

f) Geltung des Aufrechnungsverbots/Geltungsumfang der PrüfvV 2016

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 29.04.2025 - L 11 KR 3273/24

RID 26-01-78

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 7/26 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 VI 1

Leitsatz: Das **Aufrechnungsverbot** des § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V (in der Fassung des MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, BGBl. I, 2789) steht einer Aufrechnung entgegen, mit der die aufrechnende Krankenkasse eine Erstattungsforderung, die aus der **Behandlung** eines Versicherten **im**

Jahr 2021 resultiert, gegen eine Vergütungsforderung des Krankenhauses aus einer im Jahr 2022 durchgeführten Behandlung erklärt.

Die **PrüfvV 2016** gilt nur für das **Prüfverfahren** betreffend die Erstattungsforderung, nicht aber für die Frage der **Aufrechnung**.

Für die Frage, **welche Fassung der PrüfvV** anzuwenden ist, kommt es auf das Jahr der Entstehung der Forderung, gegen die aufgerechnet werden soll, an.

SG Freiburg, Urt. v. 17.10.2024 - S 13 KR 1484/24 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 288.914,04 € nebst Zinsen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

g) Aufrechnungsausschluss: Regelwerk der Klageforderung

SG Würzburg, Urteil v. 21.10.2025 - S 6 KR 102/24

RID 26-01-79

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 VI 2, 275c; KHG § 17c II

Leitsatz: Für die Beurteilung, ob ein **Aufrechnungsausschluss** besteht, ist das Regelwerk der Klageforderung und nicht dasjenige der zur Aufrechnung gestellten Gegenforderung maßgebend.

Die **Aufrechnung** mit einer strittigen Gegenforderung gegen eine Hauptforderung aus einer **Behandlungsaufnahme ab 01.01.2022** ist unwirksam, auch wenn die Gegenforderung aus einer Behandlungsaufnahme vor dem 01.01.2022 resultiert.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. einen weiteren Betrag in Höhe von 968,51 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Fallpauschalen

a) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

LSG Sachsen, Urteil v. 10.12.2024 - L 9 KR 4/23 KH

RID 26-01-80

www.juris.de

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

Die OPS 8-981.1 (Neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls) wird nicht erfüllt, wenn eine **Kooperationsvereinbarung** mit der Universitätsklinik, in die der Versicherte verlegt wird, nicht nachgewiesen wird (BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 10, juris Rn. 26). Ferner muss eine Transportzeit von 30 Minuten eingehalten werden.

SG Leipzig, Gerichtsbb. v. 30.12.2022 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung, *BSG*, Beschl. v. 29.10.2025 - B 1 KR 3/25 B - juris die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

Parallelverfahren:

LSG Sachsen, Urteil v. 10.12.2024 - L 9 KR 3/23 KH

RID 26-01-81

www.juris.de

b) Hämorrhagische Diathese als Nebendiagnose (markumarisierter Patient)

LSG Bayern, Urteil v. 15.12.2025 - L 20 KR 213/22

RID 26-01-82

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Im Falle eines **markumarisierten Patienten** ist die **hämorrhagische Diathese** i.S.d. D68. nur dann als Nebendiagnose zu kodieren, wenn sich die vermehrte Blutungsneigung klinisch beispielsweise durch eine gestörte Blutstillung nach Punktionen und Verletzungen oder als spontan auftretende, nur schwer stillbare Blutung oder Hautblutungen äußert.

SG Nürnberg, Urt. v. 17.03.2022 - S 7 KR 945/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. einen weiteren Betrag i.H.v. 2.891,17 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

c) Operative Versorgung einer schweren Trochleadysplasie und einer MPFL-Ruptur

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.04.2025 - L 11 KR 824/23

RID 26-01-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Dass der Kode 5-804 (Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat) speziell für die **Kniescheibe** einschlägig ist, zeigt sich auch daran, dass eine Osteotomie an der Patella extra ausgenommen ist vom Kode 5-781 (Osteotomie und Korrekturosteotomie). Der Ausschluss verdeutlicht, dass der Kode 5-781 **alle Osteotomien** umfasst, die nicht von spezielleren Kodes umfasst oder ausgeschlossen sind. Eine **Osteotomie am Oberschenkel** ist nicht vom Wortlaut des 5-804 umfasst, sondern eindeutig in einem anderen OPS geregelt. Der Eingriff betrifft eine andere Lokalisation und ist nicht zwingender Bestandteil der Operation an der Patella.

SG Karlsruhe, Urt. v. 13.02.2023 - S 9 KR 3602/21 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Polysomnographie bei Kleinkindern

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.11.2025 - L 1 KR 437/21

RID 26-01-84

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Zur Polysomnographie bei Kleinkindern.

SG Berlin, Urt. v. 21.10.2021 - S 56 KR 645/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 848,79 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

e) Kodierung einer Sepsis als Hauptdiagnose

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.11.2025 - L 1 KR 405/23

RID 26-01-85

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Für die **Kodierung einer Sepsis als Hauptdiagnose** genügt eine lediglich **axillare Fiebermessung** nicht dem zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthalts (2014) aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand.

SG Berlin, Urt. v. 22.11.2023 - S 166 KR 3386/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.636,65 € nebst Zinsen zu zahlen; das *LSG* wies die Berufung zurück.

4. Widerlegung einer Mindestmengenprognose: Fehlender Versorgungsauftrag

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 18.12.2025 - L 11 KR 793/25 B ER

RID 26-01-86

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b V; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die **Prognose einer Mindestmenge** wird **widerlegt**, wenn im Zeitpunkt der letzten behördlichen Entscheidung nicht davon auszugehen ist, dass das Krankenhaus einen **Versorgungsauftrag** für die streitgegenständliche Leistungsgruppe (hier: 14.2 „Endoprothetik Knie“) im Jahr 2026 haben wird. Umstände der Krankenhausplanung können sowohl die Prognoseentscheidung eines Krankenträgers nach § 136b Abs. 5 S. 3 SGB V stützen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 18.07.2025 - L 10 KR 59/25 KH B ER - juris, Rn. 35, RID 25-03-87), als auch umgekehrt die Annahme begründeter erheblicher Zweifel im Rahmen der Widerlegungsentscheidung nach § 136b Abs. 5 S. 6 Halbs. 1 SGB V rechtfertigen.

SG Dortmund, Beschl. v. 05.11.2025 - S 65 KR 1222/25 ER - lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage (S 65 KR 1232/25 KH) gegen den Bescheid der Ag. v. 19.09.2025 anzuordnen, ab; das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

5. Bescheinigung über die Erfüllung der OPS-Strukturmerkmale (Einstweiliger Rechtsschutz)

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 02.12.2025 - L 16 KR 401/25 B ER

RID 26-01-87

www.juris.de

SGB V § 275a; SGG § 86b II

Bei einer **Vorwegnahme der Hauptsache** sind gesteigerte Anforderungen an das Vorliegen des Anordnungsanspruchs zu stellen. Die Verweigerung der begehrten Maßnahme muss offensichtlich rechtswidrig sein.

Es ist zweifelhaft, ob die von einem Krankenhaus gewählte Lösung, sowohl die Hygienefachkraft als auch den Krankenhaushygieniker nur in Kooperation zu beschäftigen, das Merkmal des OPS 8-987.1 (**Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]:** Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit) (OPS-Version 2025) erfüllt.

Einem Ast. ist es nicht zuzumuten, eine **Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten**, wenn eine konkret lebensbedrohliche Erkrankung eines Versicherten oder bei einer konkreten Gefährdung der Existenz besteht. Eine Vorwegnahme der Hauptsache rechtfertigende wirtschaftliche Folgen können nur angenommen werden, wenn die Aufgabe bzw. eine wirtschaftliche Existenzgefährdung des Unternehmens droht und die Liquidität des Unternehmens konkret gefährdet ist.

SG Hannover, Beschl. v. 01.10.2025 - S 50 KR 532/25 ER - lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

6. Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

a) Dokumentation des häuslichen Umfelds

SG Berlin, Urteil v. 02.12.2025 - S 210 KR 1788/22

RID 26-01-88

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 109 IV 3, 115d; KHG § 17d III, IV

Leitsatz: Die Feststellung und **Dokumentation** der Geeignetheit des häuslichen Umfelds für eine stationsäquivalente psychiatrische Versorgung (erst) am dritten Tag der Behandlung hat nicht den Verlust des **Vergütungsanspruchs** des Krankenhauses zur Folge.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 11.100 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) „Wöchentliche“ Visiten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.10.2025 - L 5 KR 1030/23 KH

RID 26-01-89

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Unter eine „wöchentliche“ **Tätigkeit (Visite)** im Sinne der OPS 9-701 aus dem Jahr 2019 fällt jede Tätigkeit innerhalb dieser Folge von sieben Tagen, ohne dass dabei zwischen der jeweiligen „wöchentlichen“ Tätigkeit nur maximal ein Intervall von sieben Tagen liegen darf. Wöchentlichkeit liegt auch vor, wenn die Visite in der ersten Woche an einem Dienstag und in der nächsten Woche an einem Freitag stattfindet.

SG Detmold, Ur. v. 10.08.2023 - S 32 KR 751/22 - www.sozialgerichtsbarkeit.de wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 600 € nebst Zinsen, ferner einen Betrag von 300 € nebst Zinsen zu zahlen.

7. Spezialfachärztliche Versorgung: Vergütung der onkologischen Strahlentherapie

LSG Hessen, Urteil v. 07.11.2024 - L 8 KR 53/21

RID 26-01-90

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 116b

Die Ziffer 25342 EBM-Ä a.F. (Quartal II/16) konnte nur einmal insgesamt und die Ziffern 25321 und 25323 EBM-Ä a.F. jeweils nur einmal pro **Bestrahlungstag** abgerechnet werden. „**Je Fraktion**“ i.S.d. Ziffern 25321 und 25323 EBM-Ä a.F. setzt voraus, dass zwischen den einzelnen Fraktionen regelmäßig eine gewisse Zeitpanne liegt. Eine weitere Dosis im Sinne der Nr. 4 Präambel 25.1 EBM a.F. und damit

eine weitere Fraktion liegt nicht bereits vor, wenn unterschiedliche Körperregionen in unterschiedlich hohen Intensitäten bestrahlt werden, wenn dies von Anfang an geplant war. Erforderlich ist vielmehr, dass es entweder zu einer Umlagerung und/oder Tischverschiebung kommt oder aber dazu, dass nach Durchführung eines ersten Bestrahlungsvorgangs die Dosis oder das Dosiszeitmuster geändert werden. Die Ziffer 25342 EBM a.F. erfasste nur die **sequentielle Boostbestrahlung**.

SG Frankfurt a.M., Urt. v. 17.12.2020 - S 28 KR 664/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

8. Aufwandspauschale/Aufschlagszahlung

a) Rückerstattung und Verbot unzulässiger Rechtsausübung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.03.2024 - L 4 KR 24/21

RID 26-01-91

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 108, 275 I c 3

Bei Zahlung von Aufwandspauschalen für vor dem 01.01.2016 eingeleitete **sachlich-rechnerische Prüfungen** besteht ein Erstattungsanspruch. Aufgrund der nicht abschließend geklärten Rechtslage konnten die Krankenhäuser nicht darauf vertrauen, dass die Krankenkassen keine Erstattungsansprüche geltend machen würden. Den Krankenhäusern war vielmehr ab 01.01.2015 **zumutbar, Rückstellungen zu bilden**.

Zwischen den Beteiligten ist die Rückerstattung einer im Dezember 2015 gezahlten Aufwandspauschale aufgrund einer Behandlung im April 2014 streitig. *SG Karlsruhe*, Gerichtsbb. v. 25.06.2020 - S 6 KR 333/20 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

b) Anspruch auf eine Aufschlagszahlung

SG Reutlingen, Urteil v. 18.12.2025 - S 12 KR 2033/33

RID 26-01-92

www.juris.de
SGB V § 275c I 2, III

Leitsatz: 1. Voraussetzung für das Entstehen des Anspruches auf **Aufschlagszahlung** ist der Eintritt einer Minderung des Abrechnungsbetrages.

2. Maßgeblich für den Eintritt einer **Abrechnungsminderung** als Voraussetzung für den Anspruch auf die Aufschlagszahlung ist - spiegelbildlich zu einem Anspruch auf die Aufwandspauschale - eine wirtschaftliche Betrachtungsweise.

3. Der **Anspruch auf die Aufschlagszahlung** entsteht zu dem **Zeitpunkt**, ab dem eine Minderung der abgerechneten Vergütung endgültig feststeht. Bei der klageweisen Geltendmachung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches durch die Krankenkasse ist dies im Falle einer Entscheidung erst bei Eintritt deren Rechtskraft der Fall.

Das *SG* verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Krankenkasse 1.952,27 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

9. Kostengrundentscheidung: „Gebührenschniderei“ und Austesten der Erfolgsaussichten

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 11.11.2025 - L 10 KR 35/25 KH

RID 26-01-93

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 197a I 1; VwGO § 161 II 1

Erscheinen die Erfolgsaussichten der Klage und Berufung offen, ist es nicht ermessensgerecht, einem Beteiligten die Gerichtskosten ganz oder überwiegend aufzuerlegen. Für die **außergerichtlichen Kosten** gilt nichts anderes, insb. wenn nicht erkennbar ist, dass ein vernünftiger Beteiligter die Hinzuziehung rechtsanwaltlicher Vertretung auf Klägersseite nicht für erforderlich halten durfte. Etwas anderes ergibt sich auch nicht, soweit die Bekl. der Kl. „**Gebührenschniderei**“ vorwirft. Allein der Umstand, dass die Kl. einen Vergleichsvorschlag der Bekl. im Klageverfahren noch ablehnte, dann Berufung einlegte und im Berufungsverfahren schließlich dem Vergleichsvorschlag des Senats

zustimmte, trägt diesen Vorwurf nicht. Die **Erfolgsaussichten** einer Berufung **auszutesten**, zumal bei offenen Erfolgsaussichten, begründet regelmäßig keinen Verschuldensvorwurf.

Das **LSG** stellte fest, dass die Kosten des Rechtsstreits die Beteiligten in beiden Rechtszügen jeweils zur Hälfte tragen, nachdem sich die Beteiligten auf Vorschlag des Senats verglichen hatten.

VII. Beziehung zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 18.12.2025 - **B 3 KR 9/24 R** - sich der Gesetzgeber mit § 125 SGB V bei Nichteinigung der Vertragspartner auf Bundesebene für eine zeitnahe bundesweite **Preisfestsetzung** durch eine **Schiedsstelle** für alle zugelassenen physiotherapeutischen Leistungserbringer entschieden. Entschieden ist damit auch, dass die **Festsetzung nicht auf praxisindividuelle Preise zielt**, sondern für bundesweite Preise nur an typischen Praxis- und Kostenstrukturen anknüpfen kann. Die Festsetzungen der Schiedsstelle sind gerichtlich überprüfbar, können aber nicht durch gerichtliche Preisfestsetzungen ersetzt werden. Für die Überprüfung des Schiedsspruchs ist von dessen Begründung auszugehen. Erforderlich ist eine **Begründung**, die die für die Entscheidungsfindung der Schiedsstelle wesentlichen Erwägungen hinsichtlich der zugrunde gelegten Tatsachen und deren rechtlicher Bewertung unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben hinreichend nachvollziehbar erkennen lässt. Die Begründung muss den Beteiligten des Schiedsverfahrens ermöglichen, die Erfolgsaussichten einer Inanspruchnahme gerichtlichen Rechtsschutzes gegen den Schiedsspruch zu prüfen. Sie muss bei dessen Inanspruchnahme den Gerichten ermöglichen, effektiven Rechtsschutz durch inhaltliche Überprüfbarkeit des Schiedsspruchs zu gewähren. Die **Begründungsanforderungen** an einen Schiedsspruch reichen aber nicht so weit, wie sie gegenüber Verwaltungsakten und Gerichtsentscheidungen gelten, die auf der Grundlage eines von Amts wegen zu ermittelnden Sachverhalts eine rechtlich gebundene Entscheidung treffen. Schiedssprüchen über Preisfestsetzungen liegen **Tatsachen** zugrunde, die **weithin von den Beteiligten des Schiedsverfahrens selbst beigebracht werden**, wozu diese gegebenenfalls von der Schiedsstelle im Rahmen ihrer Amtsermittlungspflicht anzuhalten sind. Bei deren rechtlicher Bewertung hat die **Schiedsstelle einen Freiraum**, dessen Ausfüllung gerichtlich nur darauf überprüft werden kann, ob bei der Bewertung der verfahrensfehlerfrei zugrunde gelegten zutreffenden und tragfähigen Tatsachen unter Beachtung zwingender rechtlicher Vorgaben die Grenzen des Freiraums eingehalten sind. Dieser Freiraum entspricht dem der Vertragspartner bei der Vereinbarung von Preisen, deren Nichteinigung durch den Schiedsspruch ersetzt wird, und mit dem anerkannt wird, dass nicht nur eine bestimmte Preisfestsetzung in Betracht kommt. Entsprechend ist auch nicht nur eine bestimmte Preisfestsetzung begründbar. Den hieraus folgenden begrenzten Begründungsanforderungen ist grundsätzlich bereits durch den Schiedsspruch zu genügen. Die **Begründung** eines gerichtlich angefochtenen Schiedsspruchs kann jedoch **noch bis zum Schluss der letzten mündlichen Tatsachenverhandlung durch Erläuterungen ergänzt werden**. Zutreffend hat die Schiedsstelle dem Gesetz die zwingende rechtliche Vorgabe entnommen, dass Zahlbeträge zum Ausgleich von Vergütungsausfällen bei den Leistungserbringern durch eine verzögerte Entscheidung der Schiedsstelle über **die Preisfestsetzung nicht vor April 2021 zulässig** waren, weil gesetzlich ein erstmaliger Abschluss von Verträgen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 vorgesehen war. Darauf, dass die Schiedsstelle hier bereits vor dem 1. Januar 2021 angerufen worden ist, kommt es nicht an. Insoweit unterlag das von dieser Vorgabe abweichende, vom GKV-Spitzenverband und der Schiedsstelle angegriffene Urteil des LSG der Aufhebung. Nach BSG, Urt. v. 18.12.2025 - **B 3 KR 12/24 R, B 3 KR 15/24 R und B 3 KR 16/24 R** - steht es mit der Rechtsverordnungsermächtigung und Verfassungsrecht in Einklang, dass der **Berechnung der pauschalen einmaligen Ausgleichszahlung** für Leistungserbringer, die bis zum 30.09.2019 zugelassen worden sind (§ 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 **COVID-19-VStSchutzV**), ohne Rücksicht auf das Vorliegen von Einnahmeausfällen allein die dem GKV-Spitzenverband nach § 84 Abs. 7 i.V.m. Abs. 5 SGB V vorliegenden Daten für das vierte Quartal 2019 zugrunde zu legen waren (§ 2 Abs. 4 **COVID-19-VSt-SchutzV**). Erfolgreich war die Revision nur insoweit, als die **Verwaltungsakte** der Bekl. über die Ausgleichszahlung aufzuheben waren. Auf den Antrag eines Leistungserbringers auf Ausgleichszahlung war im **Gleichordnungsverhältnis** der Beteiligten mangels hierfür eingeräumter Befugnis nicht durch Verwaltungsakt zu entscheiden.

1. Pharmazeutische Unternehmen

a) Aufhebung eines Festbetrags für die Festbetragsgruppe „Lithium“

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.08.2025 - L 1 KR 427/22 KL

RID 26-01-94

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 35; GG Art. 3 I, 12 I

Leitsatz: 1. Die Ermächtigung zur **Anpassung von Arzneimittelfestbeträgen** nach § 35 Abs. 5 Satz 3 SGB V umfasste bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (ALBVVG) vom 19. Juli 2023 auch die ersatzlose **Aufhebung solcher Festbeträge**. Die für die Festbetragsfestsetzung vorgesehenen prozeduralen Regelungen des § 35 SGB V sind auf eine solche Aufhebungsentscheidung anzuwenden.

2. Die **Voraussetzungen** einer solchen **Aufhebungsentscheidung** ergeben sich hinreichend bestimmt aus der inneren Systematik des § 35 SGB V, Sinn und Zweck der Regelung und der zu beachtenden verfassungsrechtlichen Vorgaben. Lässt sich mit dem Festbetrag als preisregulierendes Anreizsystem die Einführung eines Wettbewerbs in den Markt der gesetzlichen Krankenversicherung und insoweit die

Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht erreichen, liegen die Voraussetzungen vor, unter denen von den Versicherten und Vertragsärzten die Duldung eines andauernden Eingriffs nicht verlangt werden kann.

3. Eine Aufhebung aufgrund der Entwicklung der Marktverhältnisse setzt keine vorherige Aufhebung des Festbetragsgruppenbeschlusses durch den **Gemeinsamen Bundesausschuss** voraus.

4. Ein **pharmazeutisches Unternehmen** kann im Einzelfall ausschließlich aufgrund der Möglichkeit einer Verletzung in seinem Recht aus Art. 3 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG klagebefugt sein für eine Anfechtungsklage gegen eine Festbetragsaufhebung.

5. Das **Landessozialgericht Berlin-Brandenburg** ist nach § 29 Abs. 4 Nr. 3 SGG **erstinstanzlich zuständig** für Anfechtungsklagen gegen die Aufhebung von Arzneimittelfestbeträgen.

6. Ein generelles **Analogieverbot** im Bereich richterlicher Zuständigkeitsregelungen gebietet Art. 101 Abs. 1 Satz 2 GG nicht.

Das *LSG* wies die Klage ab.

b) Abschlagspflicht nach § 130a Abs. 3b SGB V

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.11.2025 - L 11 KR 2349/24

RID 26-01-95

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 130a IIIb

Leitsatz: Nur Arzneimittel mit „demselben Wirkstoff“ sind von der **Abschlagspflicht** nach § 130a Abs. 3b Satz 1 SGB V erfasst. Die Auslegung des Begriffs „**Wirkstoffgleichheit**“ hat sich nicht an den zulassungsrechtlichen Kriterien des § 24b Abs. 2 Satz 1 AMG zu orientieren. Ob Arzneimittel „wirkstoffgleich“ sind, ist grundsätzlich anhand ihrer chemischen Identität zu ermitteln. Enthalten zwei Arzneimittel denselben **Wirkstoff (Ciprofloxacin als Hydrochlorid)** in derselben Zusammensetzung (dieselbe Salzform und Konzentration) liegt eine Wirkstoffgleichheit im Sinne des § 130a Abs. 3b SGB V unabhängig von der Füllmenge des Einzeldosisbehältnisses (0,5 ml bzw. 0,25 ml) vor.

SG Freiburg, Urt. v. 20.06.2024 - S 14 KR 2642/22 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Physiotherapeuten: Fehlerhafter Indikationsschlüssel

SG Frankfurt a.M., Gerichtsbescheid v. 02.10.2024 - S 35 KR 1181/21

RID 26-01-96

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 6, 125

Die Voraussetzungen des gesetzlichen **Vergütungsanspruchs** sind nicht erfüllt, wenn die ärztliche Verordnung hinsichtlich des **Indikationsschlüssels fehlerhaft** durch den verordnenden Arzt ausgefüllt und auch anlässlich der Abrechnung nicht berichtigt worden ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. Hebammenhilfevertrag: Schiedsspruch/Teilbarkeit

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.12.2025 - L 1 KR 258/25 KL ER

RID 26-01-97

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 134a; SGB X § 12 I; SGG § 86b I

Leitsatz: 1. Der **Schiedsspruch** nach § 134a Abs. 4 SGB V (Hebammenhilfevertrag vom 2. April 2025) unterliegt wegen des der Schiedsstelle eingeräumten Beurteilungsspielraums nur einer **eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle**. Er ist durch seinen Kompromisscharakter geprägt und stellt nicht zwingend die einzig sachlich vertretbare Entscheidung dar (Anschluss an BSG, Urt. v. 12.08.2021 - B 3 KR 3/20 R - BSGE 133, 1 = SozR 4-2500 § 130b Nr. 5).

2. Der auf einen Interessenausgleich angelegte Kompromisscharakter des Hebammenhilfevertrages steht einer **Teilbarkeit** in Bezug auf hier angefochtene Einzelregelungen entgegen.

Das *LSG* lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage L 1 KR 256/25 KL ab.

4. Belegungsverträge von Rehabilitationseinrichtungen mit Rentenversicherung

SG Freiburg, Urteil v. 18.09.2025 - S 6 KR 471/24

RID 26-01-98

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB VI §§ 15 VI, IX, 138; SGG § 55 I Nr. 1; SGB X § 55

Leitsatz: 1. Verbindliche Entscheidungen der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 138 Abs. 2 S. 1 SGB VI sind untergesetzliche Rechtsnormen, gegen die ausnahmsweise die **Feststellungsklage** nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG zulässig ist, wenn anders kein effektiver Rechtsschutz zu erreichen ist.

2. **Belegungsverträge** zwischen einem Träger der Rentenversicherung und Trägern von Rehabilitationseinrichtungen sind Austauschverträge des öffentlichen Rechts, deren Rechtmäßigkeit am Maßstab von § 55 SGB X zu beurteilen ist. Eines Rückgriffs auf die Vorschriften über allgemeine Geschäftsbedingungen nach dem BGB bedarf es nicht.

Das *SG* wies die Klage ab.

5. Kein Leistungsanspruch des Leistungserbringers während Ruhens des Versichertenanspruchs

SG München, Urteil v. 21.01.2026 - S 39 KR 1073/25

RID 26-01-99

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 16 IIIa 2, 33 I

Ruht der Leistungsanspruch des Versicherten, kann der **Leistungserbringer** von der Krankenkasse nicht die Übernahme der Reparaturkosten des Prozessors des Cochlea-Implantats der Versicherten beanspruchen. Die Reparatur des Cochlea-Implantats stellt keinen Ausnahmetatbestand nach § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V dar, wonach ein Leistungsanspruch auf Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände trotz des Ruhens gegeben ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

VIII. Beziehungen der Krankenkassen

1. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

LSG Hamburg, Urteil v. 09.05.2025 - L 1 KR 33/25 KL ER

RID 26-01-100

www.juris.de

SGB V §§ 65a, 194; SGB IV § 30 I

§ 65a SGB V macht hinsichtlich der **Ausgestaltung der Bonussysteme** nach seinem Wortlaut keine Vorgaben. Dies spricht für eine **Ausgestaltungsfreiheit der Krankenkassen** in ihren Satzungen. § 65a SGB V eröffnet einen Gestaltungsraum für die Krankenkassen, dessen Einengung durch die unspezifische Grundsatzregelung in § 30 Abs. 1 SGB IV enge Grenzen gesetzt sind.

Die klassische Bonusleistung „Barbetrag“ kann unstreitig zu beliebigen Zwecken eingesetzt werden. Dies zeigt die sehr lockere Verbindung zwischen Kernaufgaben des SGB V und Art der Bonusleistung. Vor diesem Hintergrund erscheint es klar von der Gestaltungsfreiheit der Krankenkasse gedeckt, wenn diese als Bonusleistung einen **Zuschuss** in Höhe über dem Betrag des Bargeldbonus **zu einer privaten Zusatzversicherung** gewährt, die von den Versicherten frei gewählt werden kann und die einen Bezug zu dem gegliederten Sozialversicherungssystem insgesamt aufweist.

Das *SG* ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage der Ast. gegen den Bescheid der Ag. v. 11.03.2025 (L 1 KR 29/25 KL) an

2. Risikostrukturausgleich: Klage auf ordnungsgemäße Durchführung der Prüfverfahren

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.10.2025 - L 16 KR 1111/23 KL

RID 26-01-101

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 266, 267, 271, 273; SGG § 54

Das gegen das Bundesamt für Soziale Sicherung gerichtete **Begehren einer Krankenkasse**, die **Verfahren gegenüber ihren „Konkurrenten“** zu betreiben, getragen von der Vorstellung, im Falle von sich aus einem Verfahrensabschluss dieser Verfahren ergebenden Nachforderungen zum Gesundheitsfonds würde sich zu Gunsten der Kl. eine Erhöhung ihres Anteils am Risikostrukturausgleich ergeben, stellt einen bloßen Rechtsreflex dar, der jedoch nach Maßgabe der in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen keinen Drittschutz der Kl. zu begründen vermag.

Das *LSG* wies die Klage der Krankenkasse ab.

IX. Verfahrensrecht/Streitwert

1. Subsidiarität einer Feststellungsklage

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 11.07.2025 - L 16 KR 320/24

RID 26-01-102

www.juris.de
SGG § 55

Eine **Feststellungsklage** ist gegenüber einer **Leistungsklage** auf Kostenerstattung **subsidiär** und daher unzulässig.

SG Bremen, Gerichtsbb. v. 24.05.2024 - S 67 KR 163/23 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Untätigkeitsklage: Widerspruchsbeurteilung und Untätigkeit einer Krankenkasse

SG Hamburg, Beschluss v. 04.11.2025 - S 50 KR 1313/25

RID 26-01-103

www.juris.de
SGG § 88

Nimmt eine Krankenkasse die **Bearbeitung des Widerspruchsverfahrens** erst nach einem Monat auf, hat sie ohne hinreichenden Grund Zeit verstreichen lassen und kann sich schon deshalb nicht darauf berufen, dass sie über den Widerspruch später als nach drei Monaten entscheiden kann. Sie kann auch nicht geltend machen, dass sie davon ausgehen habe müssen, dass die Kl. den **Widerspruch näher begründe** oder weitere Unterlagen vorlegen werde, wenn die Kl. überhaupt nicht angekündigt hat, ihren Widerspruch zu begründen.

Das *SG* stellte fest, dass die Bekl. die außergerichtlichen Kosten der Kl. trägt.

3. Eintritt einer Klagerücknahmefiktion nach Betreibensaufforderung

LSG Bayern, Urteil v. 08.12.2025 - L 20 KR 85/25

RID 26-01-104

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG §§ 102 II, 106 III, 106a

Leitsatz: 1. Gesicherte Anhaltspunkte für den Wegfall des Rechtsschutzbedürfnisses, die Grundlage für eine **Betreibensaufforderung** nach § 102 Abs. 2 SGG sind, können bei Nichtbeantwortung eines gerichtlichen Schreibens **ohne Fristsetzung** nicht angenommen werden.

2. Die Verknüpfung einer Betreibensaufforderung nach § 102 Abs. 2 SGG **mit einer Aufforderung nach § 106a SGG** in einem gerichtlichen Schreiben kann aufgrund der unterschiedlichen Rechtsfolgen zu **Unklarheiten** bei nicht rechtskundig vertretenen Klägern führen.

3. Zu den **Voraussetzungen einer Betreibensaufforderung** nach § 102 Abs. 2 SGG.

SG Würzburg, Urt. v. 28.01.2025 - S 6 KR 152/24 - stellte fest, dass die Klage als zurückgenommen gilt. Das *LSG* stellte fest, dass das Verfahren vor dem SG Würzburg fortzuführen ist.

4. Wiederaufnahme eines beendeten Verfahrens nach Erledigung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.04.2024 - L 5 KR 125/24

RID 26-01-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 179; ZPO §§ 579, 580

Wird ein Verfahren als **erledigt ausgetragen**, ohne dass ein Urteil, Gerichtsbescheid oder Beschluss ergangen ist, besteht kein Anspruch auf **Wiederaufnahme eines beendeten Verfahrens**.

SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 08.01.2024 - S 10 KR 2439/23 WA - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Streitwert bei Untätigkeitsklagen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 14.11.2025 - L 11 KR 91/25 B

RID 26-01-106

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG § 52

Bei **Untätigkeitsklagen** im sozialgerichtlichen Verfahren ist der **Streitwert** nicht nach § 52 Abs. 3 GKG zu bestimmen, sondern in aller Regel nach § 52 Abs. 1 GKG. Er beträgt zwischen 10 und 25 v.H. des Streitwerts der „Hauptsache“. Es begegnet keinen Bedenken, den Prozentsatz der eigentlichen **Forderung** (hier: die Erstattung der Auslandsbehandlungskosten) mit **15%** zu beziffern. Es ist nicht ersichtlich, dass die Höhe der Forderung oder die Dauer des Untätigkeitsklageverfahrens eine höhere prozentuale Berücksichtigung der „Hauptsache“ geböten.

SG Detmold, Beschl. v. 31.01.2025 - S 10 KR 640/24 - www.sozialgerichtsbarkeit.de setzte den Streitwert auf 1.060 € fest, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Krankentransport ohne vorherige Genehmigung

BSG, Urteil v. 20.02.2025 - B 1 KR 7/24 R

RID 26-01-107

BSGE = SozR 4 = NZS 2025, 545 = GesR 2025, 445 = KrV 2025, 154 = SGB 2025, 603

Leitsatz: Liegen alle sonstigen Voraussetzungen der Kostenübernahme für einen **Krankentransport** vor und kann die Krankenkasse diesen wegen voreiliger öffentlich-rechtlicher Bestimmungen nicht als selbst organisierte Sachleistung erbringen, darf dem Versicherten das **Fehlen einer vorherigen Genehmigung** des Krankentransports nicht entgegengehalten werden.

2. Krankenhäuser

a) Verlegungsabschlag: Vollstationäre Behandlung nach teilstationärer Dialysebehandlung

BSG, Urteil v. 14.11.2024 - B 1 KR 27/23 R

RID 26-01-108

SozR 4-5562 § 9 Nr. 28 = KrV 2025, 18

Leitsatz: Die speziellen Regelungen der **Fallpauschalenvereinbarung 2016** zur Aufnahme und zur Fallzählung **tagesbezogener teilstationärer Leistungen** schließen bei einem Wechsel aus der teilstationären in eine vollstationäre Behandlung einen **Verlegungsabschlag** aus.

b) Ambulante Entbindung: Mindestfallpauschalenvergütung für stationäre Entbindung

BSG, Urteil v. 20.02.2025 - B 1 KR 6/24 R

RID 26-01-109

BSGE = SozR 4-2500 § 24f Nr. 2 = NZS 2025, 550 = GesR 2025, 448 = SGB 2025, 598

Leitsatz: Zugelassenen Krankenhäusern steht für **ambulante Entbindungen im Krankenhaus** eine **Vergütung** zu, deren Höhe sich nach der Mindestfallpauschalenvergütung für eine stationäre Entbindung im Krankenhaus richtet.

c) Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL

BSG, Urteil v. 19.12.2024 - B 1 KR 19/23 R

RID 26-01-110

BSGE = SozR 4-2500 § 136a Nr. 1 = GesR 2025, 384 = MedR 2025, 835

Leitsatz: 1. Die **Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie** des Gemeinsamen Bundesausschusses selbst und die gesetzliche Ermächtigung hierzu sind mit **höherrangigem Recht** vereinbar.

2. Der Gemeinsame Bundesausschuss darf bei entsprechender gesetzlicher Ermächtigung **Qualitätsanforderungen** auch bei niedriger Evidenz oder bei nur empirisch tragfähigen oder sonst plausiblen Annahmen festsetzen.

3. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu regelnden **Sanktionsfolgen** müssen verhältnismäßig sein und erfordern die angemessene Berücksichtigung niedriger oder gänzlich fehlender Evidenz für festgelegte Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

4. Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie regelt für den Fall der Nichteinhaltung der personellen Mindestvorgaben **kein Leistungserbringungsverbot**, sondern lediglich einen **Vergütungsabschlag**.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 19.12.2024 - B 1 KR 26/23 R

RID 26-01-111

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

BSG, Urteil v. 19.12.2024 - B 1 KR 17/23 R

RID 26-01-112

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

BSG, Urteil v. 19.12.2024 - B 1 KR 16/23 R

RID 26-01-113

RuP 2025, 167 = ZMGR 2025, 285 = SGB 2025, 738

d) Keine zweite Korrektur durch Nachkodierung der Nebendiagnosen

BSG, Urteil v. 16.07.2025 - B 1 KR 17/24

RID 26-01-114

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Korrekturen und Ergänzungen von Datensätzen sind nach Ablauf der in § 7 Abs. 5 PrüfV 2014 geregelten Änderungsfristen auch dann **ausgeschlossen**, wenn nur **einzelne Daten** des betroffenen Datensatzes Gegenstand der MDK-Prüfung waren. Insofern gilt dasselbe wie für § 7 Abs. 5 PrüfV 2016.

e) Durchführung einer Bronchoskopie

BSG, Urteil v. 14.11.2024 - B 1 KR 29/23 R

RID 26-01-115

SozR 4-5562 § 9 Nr. 29

Leitsatz: Der im Operationen- und Prozedurenschlüssel zur Qualifizierung einer bestimmten Methode der diagnostischen **Bronchoskopie** verwendete **Begriff des starren Instruments** umfasst nach seinem allgemeinsprachlichen Begriffskern kein bloß lumenstarrs Instrument, das der Länge nach biegsam ist.

f) Aufwandspauschale: Verzugszinsen

BSG, Urteil v. 20.02.2025 - B 1 KR 15/24 R

RID 26-01-116

SozR 4-2500 § 69 Nr. 16

Leitsatz: 1. Für den Anspruch auf Zahlung der **Aufwandspauschale** können in entsprechender Anwendung der bürgerlich-rechtlichen Vorschriften **Verzugszinsen** geltend gemacht werden.

2. Bei dem Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale handelt es sich **nicht** um eine **Entgeltforderung im Sinne der Verzugsvorschriften** des BGB.

g) Erstattungsanspruch der im Erörterungsverfahren angefallenen Rechtsanwaltskosten

BSG, Urteil v. 14.11.2024 - B 1 KR 32/23 R

RID 26-01-117

SozR 4-5560 § 17c Nr. 17 = GesR 2025, 251

Leitsatz: In Verfahren der **einzelfallbezogenen Erörterung bei Krankenhausvergütungsprüfungen** haben die Beteiligten grundsätzlich keinen Anspruch auf Erstattung ihrer **vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten** gegen den anderen Beteiligten.

3. BVerfG/Apotheken: Exklusivwirkung und Parenterale Zubereitungen

BVerfG 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 20.11.2025 - 1 BvR 1440/25, 1 BvR 1441/25

RID 26-01-118

www.juris.de

GG Art. 2 I, 20 III, 97 I; SGB V § 129

Die Verfassungsbeschwerden gegen u.a. BSG, Urt. v. 13.03.2025 - **B 3 KR 8/23** - SozR 4 und - **B 3 KR 9/23** - SozR 4 werden nicht zur Entscheidung angenommen.

Die gerügte Verletzung von Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 3 GG genügt den Anforderungen der §§ 23 Abs. 1 S. 1, 92 BVerfGG nicht. Die Verfassungsbeschwerden legen nicht dar, dass **die Auslegung und Anwendung der Regelungen des § 129 Abs. 5 SGB V** sowohl in der bis zum 12.05.2017 als auch in der anschließend geltenden Fassung durch das BSG im Widerspruch zum gesetzgeberischen Willen stünden und deshalb die Grenzen der zulässigen Rechtsfortbildung verletzen.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Approbation/Berufserlaubnis

a) Erteilung der Approbation bei Sehbehinderung

BVerwG, Urteil v. 06.11.2025 - 3 C 17.23

RID 26-01-119

www.juris.de

BÄO § 3

Leitsatz: Die Annahme, es reiche für die **gesundheitliche Eignung** im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 Bundesärzteordnung nicht aus, wenn ein Approbationsbewerber, dessen gesundheitliche Eignung aufgrund einer **Sehbehinderung** eingeschränkt ist, in gesundheitlicher Hinsicht für die eigenverantwortliche und selbstständige Ausübung des ärztlichen Berufs in einem Facharztgebiet geeignet ist, steht nicht im Einklang mit Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG.

VG Hamburg, Urt. v. 07.01.2021 -17 K 1713/20 - verpflichtete die Bekl., dem Kl. die Approbation als Arzt zu erteilen. *OVG Hamburg*, Urt. v. 09.11.2023 - 3 Bf 64/21 - RID 24-01-113 wies die Klage ab. Das *BVerwG* verwies die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das OVG zurück.

b) Widerruf der Approbation

aa) Verurteilung wegen Sexualstraftaten zulasten von Patienten

VG Bayreuth, Urteil v. 01.08.2025 - B 8 K 23.637

RID 26-01-120

www.juris.de

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Leitsatz: 1. Die in einem **rechtskräftigen Strafurteil** enthaltenen tatsächlichen **Feststellungen** dürfen regelmäßig zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung der betroffenen Persönlichkeit gemacht werden, ohne dass diese durch die Behörde oder das Gericht auf ihre vom Betroffenen bestrittene Richtigkeit selbst **überprüfen** zu müssen.

2. **Sexualdelikte** zulasten von Patienten unter Ausnutzung einer Behandlungssituation begründen regelmäßig die **Unwürdigkeit** zur Ausübung des ärztlichen Berufs.

bb) Anordnung des Sofortvollzugs: Unzureichende Begründung

VG Regensburg, Beschluss v. 05.12.2025 - RO 5 S 25.2594

RID 26-01-121

www.juris.de

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; VwGO § 80 V; GG Art. 12 I, 19 IV; StGB § 70

Für die **Anordnung des Sofortvollzugs** reicht es nicht aus, wenn sich die Begründung im Wesentlichen auf die Feststellung beschränkt, dass die Ast. **aus den im Bescheid dargelegten Gründen** unzuverlässig und unwürdig sei, die Eignung zur Ausübung des ärztlichen Berufs damit fehle und das öffentliche Interesse an der Funktionsfähigkeit der ordnungsgemäßen Versorgung den sofortigen Vollzug des Approbationswiderrufs gebiete bzw. es der Bevölkerung nicht zumutbar sei, eine Ärztin, deren Unzuverlässigkeit und Unwürdigkeit bejaht wurde, weiter als Ärztin arbeiten zu lassen. Der Ag. befasste sich dabei aber nicht näher mit der Frage, ob damit zu rechnen ist, dass sich die durch den Ag. - sehr abstrakt - beschriebenen **Gefahren** mit hinreichender Wahrscheinlichkeit **schon vor Abschluss des Hauptsacheverfahrens** realisieren werden.

Demgegenüber ist zu berücksichtigen, dass der Ast. durch den Sofortvollzug des Approbationswiderrufs **schwere und nahezu irreparable berufliche Nachteile** entstehen würden.

c) Gleichwertigkeitsprüfung

aa) Ergänzende Heranziehung des fachlich-inhaltlichen Instrumentariums

VGH Bayern, Beschluss v. 09.12.2025 - 21 ZB 22.1475

RID 26-01-122

www.juris.de

ZHG §§ 2, 3; ZApprO §§ 2 II, 46 II, 63 I

Grundsätzlich ist der Ausbildungsstand mit der Ausbildung für Zahnärzte, wie sie das Zahnheilkundengesetz und die Approbationsordnung für Zahnärzte vorsehen, zu vergleichen, wobei der jeweils aktuelle Stand der Ausbildung maßgeblich ist. Damit im Einklang steht, dass ein **Gutachter** als Basis seiner Begutachtung die **Approbationsordnung** für Zahnärzte (ZApprO), die gem. § 3 Abs. 1 Satz 1 ZHG die Mindestanforderungen an das Studium der Zahnmedizin enthält, wählt und ergänzend das **fachlich-inhaltliche Instrumentarium** anwendet, da es die wesentlichen Merkmale der deutschen zahnärztlichen Ausbildung enthält. Ein generelles Recht des Zahnarztes, die **Universität zu benennen**, die als Vergleichsmaßstab herangezogen wird, ist nicht ersichtlich.

bb) Streitwert bei Gleichwertigkeitsfeststellung

OVG Bremen, Beschluss v. 01.12.2025 - 1 S 279/25

RID 26-01-123

www.juris.de

BÄO § 3 IIIa 2; GKG § 52 I

Leitsatz: Zum **Streitwert**, wenn das Begehren auf eine **Gleichwertigkeitsfeststellung** nach § 3 Abs. 3a Satz 2 BÄO gerichtet ist.

VG Bremen, Beschl. v. 25.09.2025 - 5 K 998/23 - setzte für das Klageverfahren gem. § 52 Abs. 1 GKG den Streitwert auf 30.000 € fest, das **OVG** wies die Beschwerde zurück.

cc) Streitwert bei Kenntnisprüfung

OVG Sachsen, Beschluss v. 10.11.2025 - 2 E 44/25

RID 26-01-124

BÄO § 3 III; GKG §§ 52 I, 68

Die **Kenntnisprüfung** nach § 3 Abs. 3 BÄO ist keine den Berufszugang bereits eröffnende abschließende ärztliche Prüfung, sondern eine der Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation. Hierfür ist ein **Streitwert** in Höhe von 65.000 €, mithin die Hälfte des für die Erteilung einer Approbation anzusetzenden Streitwertes in Höhe von 130.000 € angemessen. Dieser Wert ergibt sich aus den Angaben des Kl. über sein mit der Klage verfolgtes wirtschaftliche Interesse (§ 52 Abs. 1 GKG) im Anschluss an Nr. 16.1 des Streitwertkatalogs, der mit der Inbezugnahme auf den zu erwartenden Jahresverdienst im Übrigen Nr. 36.2 des Streitwertkatalogs entspricht.

d) Berufserlaubnis

aa) Fehlens eines Nachweises über Gleichwertigkeit: Berufserlaubnis mit Nebenbestimmungen

VG Bayreuth, Beschluss v. 15.10.2024 - B 8 S 24.972

RID 26-01-125

www.juris.de

SGB V § 10 III 1; ÄApprO §§ 10 II, 34

Ein Ast. hat einen Anspruch auf **ermessensgerechte Entscheidung** über die Erteilung einer **Berufserlaubnis**, auch wenn eine Kenntnisprüfung unter rechtswidrigem Verzicht auf eine Gleichwertigkeitsprüfung nicht bestanden wurde.

Auch wenn eine mit den Händen zu greifende Patientengefährdung im Sinne eines Verzichts auf die Verlängerung einer Berufserlaubnis nicht angenommen werden kann, hat der Ag. aber ermessensfehlerfrei die **Berufserlaubnis** mit den **Nebenbestimmungen**, den ärztlichen Beruf nur in Anwesenheit und unter Aufsicht eines approbierten Arztes auszuüben und die Tätigkeit nicht zu Bereitschafts-, Notfall-, Wochenend-, und Nachtdiensten auszuüben, versehen dürfen, da der

Ausbildungsstand des Ast. wegen Fehlens eines Nachweises über eine Gleichwertigkeit der Ausbildung diese Einschränkung rechtfertigt.

bb) Berufsausübung nur in Anwesenheit eines Arztes

VG Bayreuth, Beschluss v. 30.10.2024 - B 8 S 24.1042

RID 26-01-126

www.juris.de

BÄO § 10; ÄApprO § 34; VwGO § 80 VII 2

Auch ohne Berücksichtigung der Kenntnisprüfung ist es ermessensgerecht, die **Berufserlaubnis** mit der Einschränkung zu versehen, den ärztlichen Beruf nur in Anwesenheit und unter Aufsicht eines approbierten Arztes auszuüben, da eine Gleichstellung mit in Deutschland approbierten Ärzten nicht gegeben ist, wenn **keine Kenntnisse über die Gleichwertigkeit der Ausbildung** vorliegen. Das Nichtbestehen der Kenntnisprüfung hat insofern auf die Auflage bereits keinen Einfluss.

cc) Abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 09.12.2025 - 8 ME 107/25

RID 26-01-127

www.juris.de

BÄO § 10 I 1

Leitsatz: Eine abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf i.S. von § 10 Abs. 1 Satz 1 BÄO ist eine medizinische Ausbildung, aus der die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufs resultiert. Bei der Frage, ob eine abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf vorliegt und diese zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt, kommt es auf das **Recht des Staates** an, in dem die Ausbildung erworben wurde.

2. Strafrecht

a) BGH/Sterbehilfe bei manisch-depressiver Grunderkrankung: Verurteilung wegen Totschlags

BGH, Beschluss v. 14.08.2025 - 5 StR 520/24

RID 26-01-128

www.juris.de

StGB §§ 25 I, 212

Leitsatz: Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung

LG Berlin I, Urt. v. 08.04.2024 - (540 Ks) 278 Js 405/21 (2/23), 540 Ks 2/23 - RID 24-03-142 verurteilte den Angekl. wegen Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren und sprach ihn im Übrigen frei. Der **BGH** verwarf die Revision des Angekl., eines pensionierten Facharztes für Innere Medizin.

Aus der Pressemitteilung des BGH v. 19.01.2026:

Das Landgericht hat den Angeklagten für seine Mitwirkung an der Selbsttötung einer 37-jährigen Geschädigten wegen Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren verurteilt. Vom wegen seiner Mitwirkung an einem vorhergehenden Suizidversuch der Geschädigten erhobenen Vorwurf eines versuchten Tötungsdelikts hat es ihn freigesprochen.

Nach den Feststellungen des Landgerichts befand sich die Geschädigte zur Tatzeit in einer akuten depressiven Episode ihrer manisch-depressiven Grunderkrankung, aus der sie sich nicht mehr herauszuhelfen wusste. Sie kontaktierte deshalb den Angeklagten, einen pensionierten Facharzt für Innere Medizin, der als „Freitodbegleiter“ arbeitete. Er erklärte sich nach einem 90-minütigen Kennenlernen sogleich zur Unterstützung ihrer Selbsttötung bereit. Ein Abwarten oder das Einbinden einer Sterbehilfeorganisation hielt er nicht für erforderlich, obwohl ihm bekannt war, dass eine depressive Erkrankung die freie Willensbildung beeinflussen kann. Er sah sich aber in der Lage, eine entsprechende Beurteilung eigenständig vorzunehmen. Zudem empfand er die von Sterbehilfeorganisationen bei psychisch erkrankten Suizidwilligen regelmäßig geübte Zurückhaltung als unangebracht und diskriminierend.

Einen wenige Tage später mit vom Angeklagten bereitgestellten Mitteln unternommenen Suizidversuch überlebte die Geschädigte (Freispruchsfall). Angehörige verständigten Rettungskräfte, die sie in eine psychiatrische Klinik brachten, wo sie durch richterliche Anordnung untergebracht wurde. Der Angeklagte hatte versucht, die Verständigung von Rettungskräften, den Transport der Geschädigten in die Klinik und die richterliche Anordnung ihrer Unterbringung zu verhindern. Nachdem ihm die Klinik Hausverbot erteilt hatte, hielt er nunmehr telefonisch engen Kontakt zu der Geschädigten und versicherte ihr fortwährend seine jederzeitige und kurzfristige Bereitschaft, ihre Selbsttötung weiter zu unterstützen.

Die Geschädigte konnte unter dem Einfluss ihrer depressiven Erkrankung weder die ihr in der Klinik angebotenen Behandlungsmöglichkeiten noch ihr Leben und ihre Zukunftsperspektiven realitätsgerecht einschätzen. Fälschlich sah sie sich als „austherapiert“ an und meinte, in ihrem Leben noch nie glücklich gewesen zu sein und folglich nie mehr glücklich sein zu

können. Krankheitsbedingt ambivalent schwankte sie zwischen neu gefasstem Lebensmut und dem Wunsch zu sterben. Mehrfach teilte sie dem Angeklagten mit, seine Unterstützung nicht mehr zu benötigen, da sie weiterleben wolle, um ihn dann - mit Entschuldigung für das ewige „Hin und Her“ - erneut um Unterstützung zu bitten. Der Angeklagte erkannte ihre Ambivalenz. Um ihr die Angst vor einem erneuten Misslingen und von der Geschädigten befürchteten Folgeschäden zu nehmen, versicherte er der Wahrheit zuwider, ihr Versterben dieses Mal erforderlichenfalls durch Gabe zusätzlicher Mittel sicherzustellen.

Am Tag ihrer Klinikentlassung nahm die Geschädigte zunächst wieder einmal gegenüber dem Angeklagten von einer Selbsttötung Abstand. Nur Minuten später bat sie ihn um Unterstützung für eine Selbsttötung noch am selben Tag. Hierzu erklärte sich der Angeklagte bereit. Er traf sich nur Stunden nach der Entlassung mit der Geschädigten in einem Hotelzimmer, legte ihr einen Zugang und schloss eine Infusion an, die er mit einem nur ihm als Arzt zugänglichen Narkosemittel versetzte. Die Geschädigte öffnete den Durchflussregler und verstarb.

Das Landgericht ist davon ausgegangen, dass die Geschädigte den Entschluss, ihrem Leben ein Ende zu setzen, nicht freiverantwortlich getroffen hat. Es hat dafür maßgeblich auf den Einfluss der akuten depressiven Episode auf ihre Willensbildung, auf die Labilität ihres Todeswunsches während des Klinikaufenthalts und auf die manipulative Zusicherung des Angeklagten abgestellt. Der Angeklagte habe vorsätzlich gehandelt und das Geschehen steuernd in den Händen gehalten, so dass er als mittelbarer Täter eines Totschlags anzusehen sei. Für den vorangegangenen Selbsttötungsversuch hat das Landgericht hingegen einen Mangel an Freiverantwortlichkeit nicht sicher feststellen können und den Angeklagten deshalb insoweit freigesprochen.

Die Überprüfung des Urteils durch den Bundesgerichtshof auf die vom Angeklagten erhobene Sachrüge hat keinen Rechtsfehler zum Nachteil des Angeklagten ergeben. Das Urteil des Landgerichts ist damit rechtskräftig.

(<https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2026/2026013.html>)

b) Fahrlässige Tötung durch Unterlassen: Massiver Blutverlust während Operation

AG Nürtingen, Urteil v. 04.12.2025 - 16 Ds 326 Js 130982/23

RID 26-01-129

www.juris.de

StGB V §§ 13, 222

Ein Arzt kann sich einer **fahrlässigen Tötung durch Unterlassen** gemäß §§ 222, 13 StGB schuldig machen, wenn er als behandelnder Arzt es unterlässt, eine **rechtzeitig gebotene Blut- und Schocktherapie einzuleiten**. Bei einem **Blutverlust** von über zwei Litern sollte eine Intensivüberwachung eingeleitet werden. Mithin muss von einer inadäquaten Überwachung von mehreren Stunden ausgegangen werden. Nach dem massiven Blutverlust, der beginnenden Koagulopathie sowie den klinischen Zeichen des Schocks und des Schockindex wäre es notwendig gewesen, das in Auftrag gegebene Kreuzblut zu untersuchen und von der Blutbank umgehend Transfusionen und weitere Blutprodukte anzufordern.

3. Berufspflichten

a) Nichtentrichtung von Kammerbeiträgen

VG Bremen, Urteil v. 17.01.2023 - 10 K 155/22

RID 26-01-130

www.juris.de

HeilBerG Bremen § 65

Leitsatz: Die Nichtentrichtung von Kammerbeiträgen stellt eine **Berufspflichtverletzung** dar.

b) Kostengrundentscheidung nach Erledigung

OVG Bremen, Beschluss v. 13.01.2026 - 10 BD 321/21

RID 26-01-131

www.juris.de

HeilBerG Bremen §§ 62, 76, 77; VwGO § 161 II

Leitsatz: Erledigt sich ein Antrag auf Einleitung eines heilberufsgerichtlichen Verfahrens in der Beschwerdeinstanz, ist eine **Entscheidung über die Kosten** analog § 161 Abs. 2 VwGO zu treffen.

4. Sozialversicherungspflicht

a) Nebenberufliche Betreuung von Herzsportgruppen durch Betriebsarzt

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.03.2025 - L 4 BA 46/22

RID 26-01-132

www.juris.de

SGB III § 25 I 1; SGB IV §§ 7 I, 8 I Nr. 1

Leitsatz: Zur Statusbeurteilung eines Arztes, der **nebenberuflich Herzsportgruppen** im Rahmen des Rehabilitationssports **betreut** (hier: Beschäftigung bejaht).

b) Ärztliche Betreuung und Behandlung von Gefangenen in der Justizvollzugsanstalt

SG Dresden, Urteil v. 10.12.2025 - S 25 BA 17/24

RID 26-01-133

www.juris.de

SGB IV §§ 7, 7a

Ärzte, die in Justizvollzugsanstalten an der Gesundheitsversorgung Gefangener auf Grundlage von § 102 Abs. 1 und § 63 Abs. 1 S. 1, § 64 Abs. 1 S. 1 SächsStVollzG mitwirken, werden zur Erfüllung einer ausschließlich **dem Land obliegenden Behandlungsverpflichtung** tätig, die ihre Grundlage im hoheitlichen Verhältnis des Strafvollzugs findet. Das Land kann seine Verpflichtung zur ärztlichen Versorgung **nicht mit befreiender Wirkung auf einen Arzt delegieren**. Allein der Verzicht auf die Rechtsfigur des Anstaltsarztes erlaubt es dem Land nicht, die Krankenbehandlung Gefangener wie die gesetzlich Krankenversicherter selbständig tätigen Ärzten zu überlassen und sich auf die Rolle eines bloßen Kostenträgers zurückzuziehen. Hierfür hätte es einer positiven Regelung im Gesetz bedurft, die einer solchen Ausgestaltung der Versorgungsstruktur eine hinreichend konkrete Grundlage verschafft. Der beauftragte Arzt erfüllt damit eine ausschließlich ihm selbst dem Land gegenüber kraft Vertrages obliegende Verpflichtung und wirkt als Erfüllungsgehilfe an der Erfüllung der allein dem Land obliegenden Behandlungspflicht gegenüber den Gefangenen, also in **zwei zweipoligen Rechtsbeziehungen**, mit. Die Mitwirkung des Arztes an der Gefangenengesundheitsversorgung unterscheidet sich auch grundlegend von der Einbeziehung der primär mit der Anstaltsleitung kooperierenden niedergelassenen Hausärzte.

Da eine gesetzliche Grundlage für eine selbständige Mitwirkung von Ärzten ohne eigene Praxis sich weder § 102 Abs. 1 SächsStVollzG noch anderen gesetzlichen Regelungen entnehmen lässt, steht deren Mitwirkung an der Gefangenengesundheitsversorgung nur unter zurechenbarer **Einbindung in die Organisations- und Verantwortungssphäre des Landes** im Einklang mit höherrangigem Recht. Eine von diesem rechtlichen Rahmen abweichende faktische Handhabung hat bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung außer Betracht zu bleiben.

c) Tätigkeit eines in Deutschland niedergelassenen Arztes in der Schweiz

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.07.2025 - L 11 KR 2097/24

RID 26-01-134

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

EGV 987/2009 Art. 14 Vb; 883/2004

Leitsatz: Zur Festlegung der **einschlägigen Rechtsvorschriften** nach Maßgabe des **Koordinationsrechts** Art. 11 Abs. 1 und Abs. 3a, Art. 13 Abs. 1a und b i), Abs. 3 VO [EG] 883/2004 [„Grundverordnung“] und Art. 14 Abs. 5b und 8 VO [EG] Nr. 987/2009 [„Durchführungsverordnung“]. Zum Begriff der **marginalen Tätigkeit** im Sinne des Art. 14 Abs. 5b VO (EG) 987/2009 (sog. Bagatellklausel).

SG Konstanz, Urt. v. 16.05.2024 - S 2 KR 1543/21 - wies die Klage, u.a. den Bekl. zu verurteilen, durch Bescheid festzustellen, dass für die Zeit vom 03.10.2018, jedenfalls aber vom 01.01.2019 bis zum 15.09.2019 die Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit des Wohnstaates Deutschland anzuwenden sind, ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Betäubungsmittelrechtliche Kontrolle einer Substitutionspraxis ohne Voranmeldung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 26.01.2026 - 13 A 2689/24

RID 26-01-135

www.juris.de

BtMG §§ 19 I 3, 22 I Nr. 3; VwGO § 124; BtMVV § 13

Leitsatz: 1. Ob eine **betäubungsmittelrechtliche Kontrolle einer Substitutionspraxis** nach § 19 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 3 BtMG ohne Terminabsprache **während der Praxissprechzeiten** rechtmäßig ist, hängt unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes von den jeweiligen Umständen des Einzelfalls ab (hier: bejaht).

2. Es entspricht allgemeiner Lebenserfahrung, dass mit einer unangekündigten Besichtigung die größtmögliche **Effektivität einer Überwachungsmaßnahme** zu erreichen ist.

6. Stillbeschäftigungsverbot einer Zahnärztin: Gefährdungsbeurteilung

ArbG Karlsruhe, Urteil v. 10.09.2025 - 5 Ca 95/25

RID 26-01-136

www.juris.de

MuSchG §§ 9 II, 10, 13

Leitsatz: 1. Es gibt **kein absolutes Beschäftigungsverbot** für stillende Zahnärztinnen.

2. Maßgebliches Instrument zur Feststellung, ob eine unverantwortbare Gefährdung vorliegt, ist die **Gefährdungsbeurteilung**. In diesem Rahmen hat der Arbeitgeber die Wahrscheinlichkeit des Eintrittes eines Gesundheitsschadens sowie dessen Schwere zu berücksichtigen. Dabei gilt eine unverantwortbare Gefährdung als ausgeschlossen, wenn der Arbeitgeber alle Vorgaben einhält, die aller Wahrscheinlichkeit nach dazu führen, dass die Gesundheit einer schwangeren oder stillenden Frau oder ihres Kindes nicht beeinträchtigt wird (§ 9 Abs. 2 S. 3 MuSchG). Zu berücksichtigen sind dabei nur Gefährdungen, die einen hinreichenden Bezug zum Stillen aufweisen.

3. Die **Regel des Ausschusses für Mutterschutz** (AfMu) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend enthält keine zwingenden und ausschließlichen Vorgaben zur Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung. Vielmehr ist der an dieser Stelle geschilderte Ablauf für die Durchführung der mutterschutzrechtlichen Gefährdungsbeurteilung lediglich „zu empfehlen“ (a.A. ArbG Hagen, Urt. v. 11.09.2024 - 2 Ga 22/24 - juris). Auch unter Heranziehung anderer Arbeitshilfen kann deshalb eine gesetzeskonforme Gefährdungsbeurteilung entstehen.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

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

BGH, Urteil v. 15.01.2026 - III ZR 88/25

RID 26-01-137

www.juris.de

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

Bis zum 07.04.2023 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** (vgl. bereits BGH, Urt. v. 09.10.2025 - III ZR 180/24 - RID 25-04-120).

b) Organisationsverschulden bei einem unzureichend organisierten ärztlichen Nachtdienst

BGH, Urteil v. 25.11.2025 - VI ZR 51/24

RID 26-01-138

www.juris.de

BGB §§ 630a, 823

Leitsatz: Zur Haftung eines Krankenhausträgers aus **Organisationsverschulden** bei einem unzureichend organisierten **ärztlichen Nachtdienst**.

c) Hypothetische Einwilligung und rechtmäßiges Alternativverhalten

BGH, Urteil v. 25.11.2025 - VI ZR 165/23

RID 26-01-139

www.juris.de

BGB § 630h II 2

Leitsatz: 1. Die **hypothetische Einwilligung** im Sinne von § 630h Abs. 2 Satz 2 BGB bezieht sich auf die tatsächlich durchgeführte Maßnahme. Keine hypothetische Einwilligung im Sinne von § 630h Abs. 2 Satz 2 BGB kann angenommen werden, wenn der Patient zwar in eine entsprechende, jedoch erst später durchgeführte Maßnahme eingewilligt hätte.

2. Die Berufung des Schädigers auf **rechtmäßiges Alternativverhalten**, d.h. der Einwand, der Schaden wäre auch bei einer ebenfalls möglichen, rechtmäßigen Verhaltensweise entstanden (hypothetischer Kausalverlauf), kann nach allgemeinen schadensersatzrechtlichen Grundsätzen auch dann in Betracht kommen, wenn die Berufung des Behandlers auf eine **hypothetische Einwilligung des Patienten (§ 630h Abs. 2 Satz 2 BGB) keinen Erfolg** hat. So kann sich der Behandler etwa darauf berufen, dass der Patient zu einem anderen Zeitpunkt eingewilligt hätte, die tatsächlich durchgeführte Maßnahme später durchzuführen, und dass diese zum selben Ergebnis geführt hätte. Die Beweislast dafür, dass es auch bei zutreffender bzw. rechtzeitiger Aufklärung des Patienten zu einem schadensursächlichen Eingriff gekommen wäre, liegt bei der Behandlungsseite.

2. Behandlungsfehler

a) Nabelschnurvorfall bei Transport einer Schwangeren in Geburtsklinik

OLG Köln, Urteil v. 07.01.2026 - 5 U 115/24

RID 26-01-140

www.juris.de

BGB §§ 249 ff., 253, 839 I 1; GG Art. 34

Leitsatz: Zum **notfallmedizinischen Standard** im Fall eines **außerklinischen Nabelschnurvorfalles** bei der **Lagerung und dem Transport der Schwangeren in die Geburtsklinik**, der im vorliegenden Fall nach den aufgrund sachverständiger Beratung getroffenen Feststellungen eine Beckenhochlagerung und ein transvaginales Hochschieben des vorangehenden Kindsteils zur Entlastung der Nabelschnur erforderte.

Im Falle einer Haftung der Behandlungsseite für einen **hypoxischen Hirnschaden mit spastischer Zerebralparese und schwerster geistiger und körperlicher Behinderung des Kindes** kann sich, wenn nicht einmal die Möglichkeit einer Kommunikation mit den Eltern besteht, ein **Schmerzensgeld** von 650.000 EUR als gerechtfertigt darstellen. Soweit sich der Senat in schweren Geburtsschadensfällen über einen langen Zeitraum an einem Betrag von 500.000 EUR als angemessen anzusehendes Schmerzensgeld orientiert hat, hält er hieran im Hinblick auf die eingetretene Geldentwertung nicht fest.

b) Unterlassen einer Notfallsectio

LG Aurich, Urteil v. 05.12.2025 - 5 O 609/22

www.juris.de

BGB §§ 249, 253 II, 278, 280, 630a, 823 I, 831

RID 26-01-141

Besteht eine **absolute Indikation für eine Notfallsectio**, ist diese durchzuführen. Die zu diesem Zeitpunkt gestellte **Indikation zur eiligen** anstatt zur notfallmäßigen Sectio ist ebf. als Behandlungsfehler einzustufen. Es muss auch das **neonatologische Team** angefordert werden. Bei gravierenden Gesundheitsschäden kann ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 800.000 € notwendig, aber auch angemessen sein.

c) Intervalle der Sichtkontrolle bei Suizidgefährdung

OLG Celle, Beschluss v. 02.01.2025 - 1 U 90/24

www.juris.de

ZPO § 286

RID 26-01-142

Zwar ist den Bekl. insofern eine Standardunterschreitung anzulasten, als die ärztlicherseits vorgegebenen Intervalle der Sichtkontrolle nicht eingehalten wurden. Die nach § 286 ZPO erforderliche Gewissheit, dass eine **30-minütige Sichtkontrolle** den Tod des Patienten verhindert hätte, liegt nicht vor. Angesichts der vom Sachverständigen referierten Umstände bestehen wenigstens erhebliche Zweifel. Dazu hat der Sachverständige ausgeführt, dass Patienten, die sich zum Suizid entschlossen haben, diesen auch bei einer **15-minütigen Sichtkontrolle** erfolgreich durchführen; es habe sogar Fälle gegeben, in denen sich Patienten in einem Zeitintervall von 5 Minuten zwischen zwei therapeutischen Kontakten suizidiert hätten.

d) Staatshaftung nach Corona-Schutzimpfung

OLG Brandenburg, Beschluss v. 03.11.2025 - 12 U 104/25

www.juris.de

BGB § 839; GG Art. 34

RID 26-01-143

Eine niedergelassene Ärztin für Innere Medizin handelt bei Vornahme einer Impfung aufgrund des ihr erteilten Auftrags zur Durchführung von **Corona-Schutzimpfungen** in Ausübung eines ihr anvertrauten **öffentlichen Amtes**; eine persönliche Haftung ist somit nach Art. 34 S. 1 GG ausgeschlossen.

e) Antragsrücknahme Sachverständigenanhörung/Beweiserleichterung wg. Dokumentationsmangels

OLG Dresden, Urteil v. 04.11.2025 - 4 U 1050/24

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.; ZPO § 286

RID 26-01-144

Leitsatz: 1. Die **Rücknahme des Antrags auf Anhörung eines Sachverständigen** zu dessen schriftlich erstattetem Gutachten verbunden mit dem **Antrag, im schriftlichen Verfahren zu entscheiden**, ist beweisrechtlich als Aufgabe des Bestreitens der dem Gutachten zugrunde liegenden Behauptungen zu werten.

2. Die **Beweiserleichterung** wegen eines **Dokumentationsmangels** führt weder zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs noch rechtfertigt sie den Schluss auf ein für den Patienten positives Befundergebnis.

3. Aufklärung

a) Aufklärung vor einer vaginalen Hysterektomie

LG Köln, Urteil v. 06.08.2024 - 3 O 85/22

RID 26-01-145

www.juris.de

BGB §§ 280 I, 823

Die **Aufklärung vor einer vaginalen Hysterektomie** mit Scheidenplastik ist zureichend, wenn die Patientin vor der Operation einen **Aufklärungsbogen** unterzeichnet, in dem sich das Risiko einer Darmverletzung nicht nur im Fließtext, sondern auch vor der Unterschriftenzeile handschriftlich eingefügt findet und im Bogen auf die Tatsache, dass die Gebärmutter nicht belassen wird, vielmehr eine Hysterektomie durchgeführt wird, hingewiesen wird und weiter ein halbstündiges **Gespräch** stattfindet.

Das **LG** wies die Klage ab, **OLG Köln**, Urt. v. 24.11.2025 - 5 U 94/24 - RID 26-01 (nachstehend) die Berufung zurück.

b) Aufklärung über Operationsrisiken und -techniken (vaginale Hysterektomie)

OLG Köln, Urteil v. 24.11.2025 - 5 U 94/24

RID 26-01-146

www.juris.de

BGB §§ 253 II, 278, 280 I, 630e I 2, 823

Leitsatz: Wird ein Patient über das **Risiko einer Darmverletzung** sowie das Erfordernis eines Bauchschnitts und von Folgeoperationen im **Notfall aufgeklärt**, beinhaltet dies aus Sicht des Patienten die Möglichkeit des Eintritts von Folgen der Darmverletzung, die ein erhebliches Ausmaß haben können, ohne dass sie ihm - wie etwa eine Fistelbildung, ein künstlicher Darmausgang oder eine Narbenhernie - durch den Arzt ohne Nachfrage konkret benannt werden müssen.

Nach der gesetzlichen Regelung kann nicht zwischen nicht aufklärungspflichtigen **Operationstechniken** und (bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen) aufklärungspflichtigen Operationsmethoden **unterschieden** werden. Für das Bestehen einer **Aufklärungspflicht** bei mehreren operativ möglichen Vorgehensweisen ist es allein entscheidend, ob diese gleichermaßen indiziert und üblich und für den Patienten mit unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Erfolgchancen verbunden sind.

Zur - vom Senat nach sachverständiger Beratung verneinten - Frage, ob eine **laparoskopische Entfernung der Gebärmutter** bei dem Befund einer Senkung von Gebärmutter und Scheide im Verhältnis zu einer vaginalen Vorgehensweise im Jahr 2019 eine aufklärungspflichtige Behandlungsalternative war.

LG Köln, Urt. v. 06.08.2024 - 3 O 85/22 - RID 26-01 (vorstehend) wies die Klage ab, das **OLG** die Berufung zurück.

c) Aufklärung über die Größe des Implantats (Handfraktur)

OLG Bamberg, Beschluss v. 19.11.2025 - 4 U 106/25 e

RID 26-01-147

www.juris.de

BGB §§ 630a, 630e I, 630f II

Leitsatz: 1. Eine Aufklärungspflicht über **unterschiedliche Implantatgrößen** besteht nicht, wenn die Entscheidung für eine bestimmte Größe erst intraoperativ getroffen werden kann.

2. Die Gründe, warum sich der Behandelnde intraoperativ für eine bestimmte Implantatgröße entschieden hat, sind grundsätzlich **nicht dokumentationspflichtig**.

4. Selbständiges Beweisverfahren

a) Rechtliches Interesse/Kein Direktanspruch gegen Haftpflichtversicherer eines Krankenhauses

OLG Köln, Beschluss v. 03.12.2025 - 5 W 32/25

RID 26-01-148

www.juris.de
ZPO § 485 II

Leitsatz: Ein rechtliches Interesse des Antragstellers an der Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens fehlt, wenn Ansprüche des Antragstellers gegen den Antragsgegner nicht in Betracht kommen, etwa weil dieser nicht passiv legitimiert ist.

Gegen den **Haftpflichtversicherer** eines in Nordrhein-Westfalen gelegenen **Krankenhauses besteht im Fall der Insolvenz des Trägers** kein Direktanspruch des geschädigten Patienten aus § 115 Abs. 1 Nr. 2 VVG, weil weder § 34 KHGG NRW noch eine andere Rechtsvorschrift eine Pflicht des Krankenhausträgers zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung begründen.

Der Patient kann allerdings gemäß § 110 VVG **abgesonderte Befriedigung** aus dem Freistellungsanspruch des Krankenhausträgers gegen den Haftpflichtversicherer verlangen. Der Anspruch richtet sich gegen den Insolvenzverwalter und ist gegenüber diesem geltend zu machen.

b) Keine Anfechtbarkeit der Ablehnung der Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens

OLG Brandenburg, Beschluss v. 24.11.2025 - 12 W 23/25

RID 26-01-149

www.juris.de
ZPO §§ 412, 567 I

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist die **Ablehnung der Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens** gemäß § 412 ZPO im selbständigen Beweisverfahren **nicht anfechtbar** (BGH, Beschl. v. 09.02.2010 - VI ZB 59/09 - juris Rn. 5).

5. Sachverständige: Besorgnis der Befangenheit

a) Ermessensausübung des Sachverständigen bzgl. Anwesenheit von Vertrauenspersonen

OLG Köln, Beschluss v. 02.10.2025 - 5 W 24/25

RID 26-01-150

www.juris.de
ZPO §§ 42 II, 357 I, 406

Leitsatz: 1. Sofern keine Anweisung des Gerichts vorliegt, steht es im **Ermessen des Sachverständigen**, ob er bei der im Rahmen der Erstattung eines medizinischen Gutachtens erforderlichen Untersuchung und Befragung der Partei die **Anwesenheit einer Vertrauensperson** gestattet.

2. **Lehnt der Sachverständige die Anwesenheit einer Vertrauensperson** oder die Anfertigung einer Tonbandaufnahme mit der Begründung **ab**, dass sie die Gefahr einer Verfälschung des Ergebnisses der Exploration hervorrufen würden, liegt hierin eine nicht zu beanstandende Ermessensausübung, die die Besorgnis der Befangenheit nicht rechtfertigt.

b) Verspäteter Einwand/Inhaltliche Mängel am Gutachten

LG Hanau, Beschluss v. 21.02.2025 - 3 O 1164/22, 3 W 6/25

RID 26-01-151

www.juris.de
ZPO §§ 42 II, 406

Der Einwand, dass der Sachverständige als Berufsträger in der Klinik tätig ist, in der auch der Kl. Behandlungen erfahren hat, ist **präkludiert**, wenn über die Behandlung des Kl. die Beklagtenseite bereits zuvor **Kenntnis** hatte.

Inhaltliche Mängel am Gutachten sind allein für sich nicht geeignet, die **Besorgnis der Befangenheit** zu begründen.

6. Verjährung: Grob fahrlässige Unkenntnis von ärztlichen Behandlungsfehlern

LG Gießen, Urteil v. 02.07.2024 - 5 O 77/23

RID 26-01-152

www.juris.de

BGB § 199 I Nr. 2

Schließt ein Kl. aus wiederauftretenden, starken Schmerzen im rechten Knie seit Sommer 2017 **auf einen ärztlichen Behandlungsfehler** als Ursache des Misserfolgs der Operation im September 2015, dann sind ihm im Sommer 2017 der negative Ausgang der ärztlichen Behandlung bekannt und schließt er aus dem negativen Ausgang der Behandlung auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers. Wenn ein solcher Rückschluss aber positiv feststeht, kommt es nach der BGH-Rspr. nicht mehr darauf an, ob dem Kl. gleichzeitig ausreichende Tatsachen bekannt waren, aus denen er auf einen Behandlungsfehler als Ursache hätte schließen können.

7. Kein Anspruch des Vaters eines Patienten auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen

LG Tübingen, Urteil v. 14.02.2025 - A 8 S 2/24

RID 26-01-153

www.juris.de = MedR 2025, 931

BGB §§ 630a I, 630g; GG Art. 1, 2

Gem. § 630 g Abs. 1 Satz 1 BGB steht der **Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen** nur dem Patienten zu, während Dritte auch dann nicht anspruchsberechtigt sind, wenn sie - aus welchen Gründen auch immer - ein Interesse an der Einsicht in die Dokumentation haben. **Patient** im Sinne des § 630g BGB ist derjenige, den die in der Patientenakte dokumentierte medizinische Behandlung selbst betrifft, d.h. die Person, die ärztlich behandelt wurde.

Ob - was bei Minderjährigen fraglich sein kann - zugleich zwischen ihm und dem Arzt auch der **Behandlungsvertrag** abgeschlossen wurde oder die Behandlung auf der Grundlage eines von einem Dritten abgeschlossenen Vertrags zu Gunsten Dritter erfolgt ist, kann nicht maßgeblich sein. Denn das Recht des Patienten auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen besteht unabhängig davon, wer den Vertrag abgeschlossen hat, weil das Einsichtsrecht an das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und die personale Würde des Patienten anknüpft und sich daher bereits unmittelbar aus Art. 1 Abs. 1, Art. 2 GG ergibt.

Daraus folgt, dass den Eltern eines minderjährigen Patienten kein eigener Anspruch auf Einsichtnahme in die Patientenakte ihres Kindes gemäß § 630g BGB zusteht, sondern sie **ggf. als Vertreter des Kindes** dessen Ansprüche - allerdings im Namen des Kindes - geltend machen können.

8. Anwesenheit von Fachleuten der Herstellerfirmen

OLG Hamm, Beschluss v. 15.07.2025 - I-26 W 18/25

RID 26-01-154

www.juris.de

BGB § 823

Die **Anwesenheit von Fachleuten der Herstellerfirmen** (hier: Vertreter der Firma, die das Barricaid-Implantat hergestellt haben) ist durchaus gängig und keine zum Schadensersatz verpflichtende **Persönlichkeitsrechtsverletzung**, wenn es darum geht, bei medizinischen Produkten in begründeten Fällen für das Klinikpersonal beratend und unterstützend zur Verfügung zu stehen.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 11.02.2025. 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				
Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 2018	B 6 KA 11/25 R B 6 KA 12/25 R B 6 KA 13/25 R	Ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 436. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), soweit er die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen nach Kapitel 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für die Quartale I/2018 bis IV/2018 geändert hat, rechtmäßig?	<i>LSG Berlin-Brandenburg,</i> Urt. v. 24.09.2025 - L 7 KA 24/24 - - L 7 KA 22/24 - - L 7 KA 24/23 -	26-01-1 26-01-2
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?	SG Potsdam , 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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?	LSG Mecklenburg-Vorpommern , 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: 11.02.2025. 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> , Ur. v. 27.02.2025 - L 1 KR 35/24 - <i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Ur. 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> , Ur. v. 06.02.2025 - L 5 KR 141/24 - <i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. 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> , Ur. 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> , Ur. 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> , Ur. v. 07.03.2024 - L 5 KR 72/23 -	25-01-39 NZB
Zum Skifahren geeignete Sportprothese	B 3 KR 3/25 R	Zur Frage eines Anspruchs auf Versorgung mit einer Skiprothese aus der gesetzlichen Krankenversicherung.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Ur. v. 23.04.2024 - L 11 KR 878/23 -	25-01-41 NZB
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
Fahrtkosten				
Erstattung von Fahrtkosten bis zum neu begründeten Wohnsitz in einem Pflegeheim	B 1 KR 6/26 R	Besteht ein Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten für einen medizinisch erforderlichen Krankentransport aus dem Krankenhaus in eine von dem bisherigen Wohnort des Versicherten weiter entfernte Pflegeeinrichtung in der Nähe des zum gesetzlichen Betreuer bestellten Angehörigen?	<i>LSG Bayern</i> , Ur. v. 15.07.2025 - L 5 KR 215/23 -	25-04-52 NZB
Zuzahlung				
Rehabilitationsmaßnahmen				
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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> 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.	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 18.03.2024 - L 4 KR 1217/22 - <i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 08.01.2025 - L 4 KR 420/22 -	24-02-35 NZZ 26-01-57 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 15.08.2024 - L 16 KR 617/22 KH -	24-04-55
Nachstationäre/ambulante Behandlung	B 1 KR 24/25 R	Ist eine eine Woche nach einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus durchgeführte Portimplantation als nachstationäre oder als ambulante Behandlung abzurechnen?	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 21.10.2025 - L 11 KR 739/24 -	26-01-67
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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 11.06.2025 - L 10 KR 1119/23 KH -	25-03-60
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 PrüfvV 2016.	<i>LSG Hessen,</i> 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 PrüfvV 2016.	<i>LSG Rheinland-Pfalz,</i> Urt. v. 21.08.2025 - L 5 KR 9/24 -	25-04-63
Geltung des Aufrechnungsverbots	B 1 KR 7/26 R	Gilt für eine im Jahr 2022 erklärte Aufrechnung auch dann das Aufrechnungsverbot nach der PrüfvV 2022, wenn das zugrundeliegende Prüfverfahren im Jahr 2021 stattgefunden hat?	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 29.04.2025 - L 11 KR 3273/24 -	26-01-78 NZZ
Vorgeschaltetes Erörterungsverfahren	B 1 KR 21/25 R	Zu den Anforderungen an das als Prozessvoraussetzung der Klageerhebung vorgeschaltete Verfahren zur einzelfallbezogenen Erörterung der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung nach § 17c Absatz 2b KHG, insbesondere zu der Frage, ob die Fiktion des Erörterungsverfahrens bei Verweigerung der Erörterung oder fehlender Mitwirkung des Krankenhauses oder der Krankenkasse gemäß § 9 Absatz 11 der Prüfverfahrensvereinbarung vom 22.6.2021 (PrüfvV) teleologisch dahingehend zu	<i>SG Bremen,</i> Urt. v. 16.09.2025 - S 55 KR 113/23 KH -	25-04-61

		reduzieren ist, dass sie nur auf Verweigerungen und unterlassene Mitwirkungen der Beklagenseite anwendbar ist.		
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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> 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.	<i>SG Halle,</i> 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?	<i>LSG Hamburg,</i> 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).	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> 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).	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 13.11.2024 - L 4 KR 237/23 -	25-03-79 NZZ
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?	<i>LSG Saarland,</i> 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> 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?	<i>LSG Bayern,</i> 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.	<i>LSG Sachsen-Anhalt,</i> Urt. v. 18.09.2025 - L 6 KR 35/23 -	25-04-84
Abgabe eines nicht rabattierten Medikaments auf Wunsch der Versicherten	B 3 KR 15/25 R	Zur Auslegung des Begriffs der sonstigen Bedenken im Sinne von § 17 Absatz 5 ApBetrO im Zusammenhang mit den Regelungen des Rahmenvertrags nach § 129 Absatz 2 SGB V im Streit über die Retaxierung des Vergütungsanspruchs einer Apotheke gegen die Krankenkasse aufgrund der Abgabe eines nicht rabattierten Arzneimittels.	<i>LSG Sachsen-Anhalt,</i> Urt. v. 18.09.2025 - L 6 KR 73/22 -	25-04-83

Schiedsspruch: Apothekenzuschläge für parenterale Lösungen	B 3 KR 13/25 R	Stellt § 5 Absatz 6 Arzneimittelpreisverordnung eine zwingende Preisobergrenze für Herstellungszuschläge dar?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 26.02.2025 - L 10 KR 670/23 -	25-03-97
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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 Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 SGB V, mit dem der Vergütungsbetrag für eine digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) festgesetzt wurde.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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) Termin: 05.03.2026	Zu den Rechtsbeziehungen zwischen einer bundesunmittelbaren Betriebskrankenkasse und Krankentransportunternehmen.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 23.07.2024 - L 14 KR 59/24 -	24-03-113

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

Risikostrukturausgleich: Rückwirkende Prüfungsbefugnis	B 1 KR 2/26 R	Galt das in § 73b Absatz 5 Satz 7 SGB V geregelte Verbot zusätzlicher Vergütungen für Diagnosen bereits vor dem Inkrafttreten der Regelung am 11.04.2017?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 30.10.2025 - L 16 KR 896/22 KL -	26-02-
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.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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