

Rechtsprechungsinformationsdienst 26-02

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 2018	6
2. Ausgleichszahlungen für COVID-19 bedingte finanzielle Belastungen	7
II. Genehmigung	7
1. Vorabentscheidung über Abrechnungsberechtigung/Zusatzbezeichnung u. Äquivalenzbescheinigung	7
2. Vakanzvertretung angestellter Psychotherapeuten	8
3. Keine rückwirkende Genehmigung zur Beschäftigung einer Sicherstellungsassistentin	8
III. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	9
1. Arzneikostenregress	9
a) Ausstellung einer onkologischen Verordnung für bereits verstorbenen Versicherten	9
b) Sprechstundenbedarf	10
aa) Wirksamer Prüfantrag durch Rezeptprüfstelle/Cremes und Salben	10
bb) Wirksamer Prüfantrag durch Rezeptprüfstelle/UrgoTül	11
2. Parenterale Ernährung: Dreikammerbeutel als wirtschaftlichere Alternative	11
IV. Zulassungsrecht	12
1. Berufshaftpflichtversicherung: Ruhen der Zulassung	12
2. Zulassungsentziehung: Langjähriger Verstoß gegen Abrechnungsvorschriften	12
3. Ermächtigung einer geriatrischen Institutsambulanz: Bedarf/Einstweiliger Rechtsschutz	13
V. Streitwert	13
1. Streitwert: Klage auf eine bezifferte Geldleistung	13
VI. Bundessozialgericht (BSG)	13
1. Sonderbedarfszulassung: Zusatzbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung „Schlafmedizin“	13
2. Anstellung neben zwei häftigen Versorgungsaufträgen	13
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	14
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	14
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	14
a) Kombinationstherapie mittels Photodynamischer Lasertherapie	14
b) Behandlung eines Craniopharyngeom-Rezidivs mittels Gamma-Knife	14
c) Ambulante extrakorporale Lipidapherese-Therapie	14
2. Versorgung mit hochdosierten Immunglobulinen (IgG-Substitution)	15
3. Benennung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeit	15
4. Zahnärztliche Behandlung: Invisalign®-Methode als neue Behandlungsmethode	15
II. Stationäre Behandlung	16
1. Liposuktion bei Lipödem	16
2. Bauchdeckenstraffung nach Magenbypassoperation	16
3. Mamma-Reduktionsplastik: Nutznachweis	16
4. Beidseitiger Brustaufbau bei Geschlechtsinkongruenz	17
III. Kostenerstattung	17
1. Rechnung für privatärztliche Behandlung	17
2. Ambulante Badekur: Beantragung einer stationären Reha	17
3. Krankenversicherungsleistungen im EU-Ausland	18
4. Heilbehandlung am Toten Meer/Fachinformation eines Arzneimittels	18
IV. Arzneimittel	18

1. Versorgung mit Cannabis	18
a) Ausreichende Begründung der abgegebenen Einschätzung	18
b) Chronisches Schmerzsyndrom: Standardtherapie	19
c) Chronische Kopfschmerzen sowie psychologische Beeinträchtigungen	19
2. Vegetarische Verdauungsenzyme bei Bauchspeicheldrüsenschwäche (Nortase®)	19
3. Abmagerungsmittel bei krankhafter Adipositas	20
4. Arzneimittel Mounjaro(Tirzepatid) zur Behandlung einer Adipositas	20
V. Hilfsmittel	20
1. Therapieliegedreirad mit Elektrounterstützung	20
2. Neurostimulations-Ganzkörperanzug (Exopulse Mollii Suit)	21
a) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	21
b) Abgrenzung einer Krankenbehandlung zu Teilhabeleistungen	21
3. Leistungen zur Versorgung von Blindenführhunden: Antragspflicht	21
4. Hörgeräteversorgung	22
a) Überlegenheit des Überfestbetragshörgeräts aufgrund subjektiven Empfindens	22
b) Unterschied von 5%-Punkten im Sprachverstehen/Tätigkeit als Betreuungsassistentin	22
c) Hörverbesserung durch mehr Kanäle/Wiederholung eines Hörtests	22
VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation	22
1. Häusliche Krankenpflege	23
a) Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und (Behandlungs-) Sicherungspflege	23
b) Keine Behandlungspflege während eines stationären Krankenhausaufenthalts	23
c) Außerklinische Intensivpflege: Anordnungsgrund und Vorfinanzierung der Leistung	24
d) Anspruch auf Kostenerstattung: Fehlender Nachweis von Kosten	24
e) Kein Erstattungsanspruch bei fehlendem Pflegevertrag	24
2. Rehabilitation im EU-Ausland: Behandlung einer vermehrten Spastik	24
VII. Angelegenheiten der Krankenhäuser	25
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	26
a) Vollstationäre statt ambulante Behandlung	26
aa) Verdacht auf eine amyotrophe Lateralsklerose	26
bb) Fehlender Nachweis für Notwendigkeit einer multimodalen Schmerztherapie	26
cc) Stationäre Behandlung bei vierstündiger Behandlung: Vorhalt einer Sectiobereitschaft	26
dd) Reanimationsfall: Vollstationäre Behandlung	27
ee) Konkordante stationäre Aufnahme reanimationspflichtiger Patienten	27
b) Leistung im Katalog ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog)	27
aa) Begründung für stationären Aggregatwechsel am Herzschrittmacher	27
bb) Begründung für stationären Verschluss einer Hernia/Einwendungsausschluss	28
cc) Fallindividuelle Begründung für stationär durchgeführte Hornhautoperation	28
dd) Begründung für stationären Eingriff in der Mundhöhle	28
c) Vergütungsfähigkeit einer vollstationären Infusionstherapie mit Ilomedin®	29
d) Aufrechnung	29
aa) Aufrechnungsverbot: Erstattungsforderung aus dem Jahr 2021	29
bb) Aufrechnungsverbot und maßgebliche Forderung	29
cc) Berechtigung zur Aufrechnung nach Rückgabe des Prüfauftrags	29
e) Verzinsung	30
aa) Verzinsung eines Kostenerstattungsanspruchs	30
bb) Folgen eines Anerkenntnisses: Zinsanspruch und Kostentragung	30
2. Annahme einer primären Fehlbelegung: Ausschluss des Einwands der sekundären Fehlbelegung	30
3. Fallpauschalen	31
a) Ermächtigung des DIMDI zur Änderung auch für die Vergangenheit (Rettungskette OPS 8-981)	31
b) Vorliegen mehrerer Leiden bei Aufnahme ins Krankenhaus	31
c) Akut lebensbedrohliche Komplikation als Hauptdiagnose	32
d) Hämo-perfusion mit CytoSorb bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung	32
e) Abgrenzung Verdachtsdiagnose/Abnorme Befunde, Nebendiagnose nach DKR	32
f) Multimodale Komplexbehandlung: Dokumentationspflicht	32
g) Keine Überlegenheit von Apherese- gegenüber Pool-Thrombozytenkonzentraten	33
h) Dystelektase: Keine Kodierung als Lungenkollaps	33
i) Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniell Gewebe (OPS 5-015.5)	33
4. Mindestmengenprognose/Einstweilige Anordnung: Geringe finanzielle Nachteile	33
VIII. Beziehung zu Leistungserbringern	34
1. Apotheken: Beauftragung eines Rechenzentrums mit Abrechnung	34
2. Pharmazeutische Unternehmen	35
a) BVerfG: Übermittlung des Erstattungsbetrags für neues patentgeschütztes Arzneimittel	35
b) Rabattvertrag	35

aa) Abschließende Regelungen bei Eintreten von Lieferausfällen	35
bb) Rabattabschlag: Mitvertrieb/Wechsel des Anwendungsgebiets	36
c) Erstattungsbetrag für Arzneimittel	36
aa) Ausnahme von der Begrenzung (Schiedsspruch für Dostarlimab <Jemperli®>)	36
bb) Preis-Mengen-Regelung (Schiedsspruch für Cemiplimab <Libtayo®>)	36
d) Nutzenbewertung	37
aa) Festbetragsgruppe/Pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe	37
bb) Feststellungsklage/„Beobachtendes Abwarten“ als Vergleichstherapie	37
3. Hilfsmittelerbringer	38
a) Vertragsverhandlungsanspruch: Versorgung chronischer Wunden und Wundheilungsstörungen	38
b) Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) „NichtraucherHelden-App“: Schiedsspruch	38
c) Vorläufige Aufnahme einer digitalen Anwendung in das DiGA-Verzeichnis	38
4. Umbau einer logopädischen Praxis: Unterschreiten der Mindestfläche	39
5. Verordnung eines Belegarztes für Fahrt vom Krankenhaus zu Diagnostikzentrum	39
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	40
1. Risikostrukturausgleich	40
a) Erhebung eines Korrekturbetrages: Familienversicherungsverhältnisse	40
b) Rückwirkende Prüfungsbefugnis des Bundesamtes für Soziale Sicherung	40
c) Aufschiebende Wirkung gegen Feststellungsbescheid zum Risikostrukturausgleich	40
d) Erlass einer einstweiligen Anordnung	41
2. Ausgestaltungsfreiheit der Krankenkassen bei Bonusleistungen	41
3. Verpflichtung zu datenschutzrechtlichen Aufsichtsmaßnahmen	42
X. Verfahrensrecht/Streitwert	42
1. Einlegung einer Beschwerde per einfacher E-Mail	42
XI. Bundessozialgericht (BSG)	43
1. BVerfG: Sperrwirkung des Arzneimittelrechts (Translarna <Ataluren> bei Duchenne-Muskeldystrophie)	43
2. Erwachsenendreirad mit Motorunterstützung	43
3. Angelegenheiten der Krankenhäuser	43
a) GBA: Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern	44
b) Austausch von Haupt- und Nebendiagnose	44
c) Stationäre Behandlung: Liposuktion	44
d) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Eigene Fachabteilung	44
e) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Intensivstation	45
f) Nachkodierung der Zusatzentgelte und materielle Präklusionswirkung	45
4. Arzneimittelhersteller: Herstellerabschlagspflicht: Vergleichspreis	45
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	46
I. Ärztliches Berufsrecht	46
1. Approbation/Berufserlaubnis	46
a) Widerruf der Approbation: Fremdlaborkosten als Eigenleistungen gegenüber der KZV	46
b) Ruhen der Approbation	46
aa) Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	46
bb) Tatverdacht auf Besitz von großen Mengen kinderpornographischer Inhalte	47
c) Berufserlaubnis: Vorrang der Gleichwertigkeitsprüfung	47
d) Gleichwertigkeitsprüfung	47
aa) Ausgleich von Ausbildungsdefiziten durch berufliche Praxis	47
bb) Anerkennung armenischer Facharztausbildung „Geburtshilfe und Gynäkologie“	47
2. Strafrecht	48
a) Bundesgerichtshof (BGH)	48
aa) Prüfung von Mord nach fehlerhafter Narkose in Zahnarztpraxis	48
bb) Verjährung bei Vergewaltigung	48
b) Abbruch der kurativen Therapie/Tötung	49
c) Durchsuchung der Räume eines MVZ wegen des Verdachts auf Abrechnungsbetrug	49
3. Berufspflichten	50
a) Pflicht zur Aufklärung über Untersuchungsmethode/Distanzgebot	50
b) Auswahl berufsgerichtlicher Maßnahme (Psychoth. Distanz- und Abstinenzgebot/Schweigepflicht)	50
c) Privatärztliche Zweigpraxis in Geschäftsräumen eines gewerblichen Unternehmens	50
d) Einstellung eines heilberufsgerichtlichen Verfahrens nach Beendigung der Berufsausübung	51
4. Selbstzahlerklausel in Behandlungsvertrag	51
5. Ermächtigungsgrundlage für Heranziehung von Privatärzten zum ärztlichen Notfalldienst	51
6. Zahlung des Kaufpreises für Arztpraxis nach Verzögerung des Nachbesetzungsverfahrens	52
7. Ärztliche Weiterbildungsermächtigung: Streitwert	52
8. Kammerpflichtmitgliedschaft ohne ärztliche Tätigkeit	52

II. Arzthaftung	53
1. BGH: Streitwert bei wiederkehrenden Leistungen	53
2. Behandlungsfehler	53
a) Vertretung eines Allgemeinmediziners durch Internisten: Fachlicher Standard	53
b) Veraltete Behandlungsmethode: Intramuskuläre Injektion zur Behandlung von Schmerzen	53
c) Notsectio nach Uterusruptur: Hypoxischer Hirnschaden	53
d) Eigenhaartransplantation als ärztliche Leistung	54
e) Mängel der prothetischen Leistung: Gelegenheit zur Nachbesserung	54
3. Aufklärung	54
a) Verzicht des Patienten auf (mündliche) Risikoaufklärung	54
b) Aufklärung über konservative Behandlungsalternative/Einwilligungsfähigkeit	55
c) Eingriffs- und Risikoaufklärung am Vorabend der Operation	55
d) Aufklärung über das Risiko eines chronischen Schmerzsyndroms	55
e) Risiken der Geburtseinleitung mit Cytotec	56
4. Feststellungsinteresse: Einstandspflicht für Schäden bei Verlust von Nabelschnurblut	56
5. Durchgangsarzt	56
a) Hoheitliche Erstversorgung und privatärztliche Thromboseprophylaxe	56
b) Streitgenossenschaft zwischen Durchgangsärzten und Berufsgenossenschaft	56
6. Informationspflicht über Kosten gegenüber Privatpatienten	56
7. Sachverständige: Besorgnis der Befangenheit	57
a) Ablehnung einer Begleitperson bzw. Tonbandaufnahme ohne Begründung	57
b) Beschäftigung an einem Institut derselben Universität	57
8. Auskunftsanspruch mittels künstlicher heterologer Insemination gezeugten Kindes gegen Arzt	57
9. Obhutspflichten in Bezug auf das vom Patienten eingebrachte Eigentum	58
10. PKH: Schmerzensgeldzahlungen als anzurechnendes Vermögen	58
 ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	 59
 ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	 61

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

e-mail: pawlita@web.de;

Telefon: 0641/201 776;

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank **www.sozialgerichtsbarkeit.de** wird hinsichtlich der Sachgebiete „Vertragsarztangelegenheiten“ und „Krankenversicherung“ (Leistungsrecht) und die Datenbank **www.juris.de** wird hinsichtlich der Stichworte „Arzt“, „Psychotherapeut“, „Krankenhaus“ und „Krankenkasse“ ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 16.05.2026 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 01.04.2026 - **B 6 KA 1/25 R** - kann die Leistung nach den GOP 01747 und 01748 EBM (**Aufklärungsgespräch und Durchführung eines Ultraschall-Screenings auf Bauchaortenaneurysmen**) **nur einmal im Leben des Patienten** abgerechnet werden. Es sind auch keine Regelungen ersichtlich, die dem Abrechnungsausschluss der GOP **selbst bei Unkenntnis des Vertragsarztes** über eine Mehrfachuntersuchung durch einen anderen Vertragsarzt entgegenstehen. Ein subjektives oder ein Verschuldenselement enthalten die GOP nach ihrem eindeutigen Wortlaut nicht. Es genügt vielmehr die **objektive Fehlerhaftigkeit** für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung. Insb. folgt aus § 22 BMV-Ä nichts anderes. Diese Norm regelt keine Abrechnungs- oder Vergütungsfragen, sondern stellt Regelungen für die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen für Versicherte auf und weist den Krankenkassen die Obliegenheit zu, ihre Versicherten darüber zu informieren. Dazu zählt auch die Information über die einmalige Inanspruchnahme des Bauchaortenaneurysmen-Screenings. Obgleich die Möglichkeiten von Vertragsärzten Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden, eingeschränkt sind, sieht sich der Senat nicht veranlasst, mit punktuellen Entscheidungen in das Gefüge des EBM-Ä einzugreifen. Die Risikoverteilung durch entsprechende Regelungen auszugleichen, obliegt vielmehr dem Bewertungsausschuss.

1. Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 2018

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.09.2025 - L 7 KA 24/23

RID 26-02-1

Revision anhängig: B 6 KA 13/25 R

www.juris.de

SGB V § 87b

Parallelverfahren zu LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.09.2025 - L 7 KA 24/24 - RID 26-01-1, Revision anhängig - B 6 KA 11/25 R:

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. **SG Potsdam**, Urt. v. 10.05.2023 wies die Klage ab. Das **LSG** verpflichtete die Bekl., 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 Berufung zurück.

2. Ausgleichszahlungen für COVID-19 bedingte finanzielle Belastungen

LSG Hessen, Urteil v. 21.01.2026 - L 4 KA 35/24

RID 26-02-2

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

Leitsatz: 1. § 87b Abs. 2a SGB V begründet keine unmittelbaren Zahlungsansprüche des Vertragsarztes, konkretisiert jedoch die Vorgaben an die KV zur Ausgestaltung des Anspruchs der Vertragsärzte auf **Teilhabe an der Gesamtvergütung**.

2. Bei § 87b Abs. 2a SGB V handelt es sich als Rechtsgrundlage um eine **Härtefallregelung**, die bei durch Großschadensereignissen bedingten Existenzgefährdungen geeignete Regelungen vorzusehen hat, um dem vertragsärztlichen Leistungserbringer die Fortführung der Wahrnehmung des Versorgungsauftrags zu ermöglichen.

3. Insoweit ist nicht zu beanstanden, dass die KV im Rahmen ihres satzungsgeberischen Gestaltungsspielraums bei **Ausgleichszahlungen für COVID-19** bedingte finanzielle Belastungen für die Berücksichtigung von Abwesenheitstagen für das Quartalshonorar diese Berücksichtigung anhand einer Hochrechnung für das Quartal vornimmt. Hierbei handelt es sich um einen Maßstab, der in zulässiger Generalisierung, Pauschalierung und Typisierung in geeigneter Weise das Quartalshonorar unter Berücksichtigung des tatsächlich erzielten Honorars abbildet, an welches er anknüpft.

Die Beteiligten streiten um eine Ausgleichszahlung für COVID-19 bedingte finanzieller Belastungen im Quartal II/20. Der Kl. ist Orthopäde und war bis Ende Mai 2020 zugelassen. Die Bekl. lehnte den Antrag auf Gewährung einer Ausgleichszahlung ab. Zur Begründung verwies sie auf ihren HVM. Danach könnten befristete Ausgleichszahlungen geleistet werden, wenn sich das Gesamthonorar der Ersatz- und Primärkassen einer Arztpraxis um mehr als 10% gegenüber dem entsprechend korrespondierenden Vorjahresquartal verringere und sich in Folge einer Pandemie die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang mindere. Grundlage für die Prüfung seien das Honorar und die Behandlungsfälle der Ersatz- und Primärkassen. Wegen der 30 Abwesenheitstage sei das Honorar des Quartals II/20 um ein Drittel erhöht worden. Mit dem Widerspruch trug der Kl. u.a. erfolglos vor, es handele sich um ein pauschaliertes Quartals-Abrechnungssystem, bei dem das Kassenarzthonorar im ersten Monat des Vierteljahres steil ansteige und sich im zweiten Monat wegen der Verringerung abrechenbarer Leistungen abflache. Danach zeige sich im dritten Monat aufgrund der stark sinkenden Anzahl abrechnungsfähiger Kassenarztleistungen ein wesentlich geringeres Wachstum. Aufgrund seiner Berechnungen ergebe sich ein Honorarverlust von 11,62% und nicht wie von der Bekl. berechnet i.H.v. 7,05%. **SG Marburg**, Gerichtsb. v. 10.07.2024 - S 18 KA 575/22 - www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. Genehmigung

1. Vorabentscheidung über Abrechnungsberechtigung/Zusatzbezeichnung u. Äquivalenzbescheinigung

SG Hamburg, Beschluss v. 05.11.2025 - S 3 KA 90/24

RID 26-02-3

www.juris.de
SGB V §§ 75, 87b

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung ist auch ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage zu einer **Vorabentscheidung** über die Berechtigung zur **Abrechnung einzelner EBM-Ziffern** berechtigt.

Die **Äquivalenzbescheinigung** einer Ärztekammer über die Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen für die Erlangung einer **Zusatzbezeichnung** ersetzt das Führen der Zusatzbezeichnung aufgrund des eindeutigen Wortlauts des EBM auch dann nicht, wenn die Zusatzbezeichnung in der Weiterbildungsordnung nicht mehr vorgesehen ist und daher nicht mehr erlangt werden kann.

Die Beteiligten streiten um die Abrechnung von humangenetischen Leistungen, insbes. Mutations- und Segregationsanalysen, nach Kapitel 11 des EBM. Der Kl. ist bei dem Beigel. als Facharzt für Neurologie angestellt. Er folgte dem ursprünglich ermächtigten Prof. X., dem eine persönliche Ermächtigung für die Tätigkeit in der Neurofibromatose-Ambulanz des Beigel. erteilt worden war, nach. Den Antrag des Kl. auf erneute Ermächtigung befürwortete die Bekl. nicht, weil der Kl. die von ihm regelmäßig erbrachten Leistungen des Kapitels 11 EBM als Facharzt für Neurologie nicht abrechnen könne. Der Kl. legte eine Äquivalenzbescheinigung der Ärztekammer Hamburg vor. Darin hieß es, der Kl. erfülle vollumfänglich die Voraussetzungen für das Erlangen der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik nach der WBO v. 01.04.1996. Die formelle Erteilung der Zusatzbezeichnung könne nur deshalb nicht erfolgen, weil die Zusatzbezeichnung seit 2005 nicht mehr vergeben

werde und eine Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik sowohl in der WBO von 2005 wie auch in der von 2020 nicht mehr vorgesehen sei. Das **SG** wies die Klage ab.

2. Vakanzvertretung angestellter Psychotherapeuten

LSG Hessen, Urteil v. 15.04.2026 - L 4 KA 12/23

RID 26-02-4

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV §§ 32, 32b

Leitsatz: 1. Im Rahmen psychotherapeutischer Leistungen bestimmt § 14 Abs. 3 BMV-Ä, dass die **Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen** einschließlich der probatorischen Sitzungen grundsätzlich unzulässig ist. § 14 Abs. 3 Satz 1 BMV-Ä kommt dabei lediglich deklaratorische Bedeutung zu und stellt keine unzulässige Einschränkung höherrangigen Rechts dar.

2. „Genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen“ im Sinne der bundesmantelvertraglichen Regelung sind hierbei die **antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen** nach Kapitel 35 des EBM.

3. **Ausnahmen** zu der im Rahmen der Vertretung grundsätzlich unzulässigen Leistungserbringung haben sich an den Kriterien der persönlichen Leistungserbringung, der höchstpersönlichen Natur der Behandlungsmethodik und dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Therapeuten und Patienten, die nach den Bestimmungen der PT-RL und der hierauf fußenden Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 zum BMV-Ä) einer Kontinuität bedürfen, zu orientieren.

Die kl. Trägerin eines MVZ, das überwiegend psychotherapeutische Leistungen erbringt, beantragte im Hinblick auf das bevorstehende Ausscheiden der angestellten Ärztin Frau M.Sc.-Psych. L. D. zum 18.11.2021 die Genehmigung zur Beschäftigung einer Vertretung gem. § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV i.V.m. § 32 Abs. 2 S. 5 Ärzte-ZV. Als Vertretung ab dem 19.11. bis zum 31.12.2021 wurde Frau M.Sc.-Psych. R. H. (approbierte Psychologische Psychotherapeutin mit Vertiefungsrichtung Verhaltenstherapie) benannt. Es sei geplant, dass Frau H. ab Januar 2022 als angestellte Psychotherapeutin tätig werde. Zudem beantragte die Kl. die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie für eine angestellte Psychologische Psychotherapeutin. Die Bekl. lehnte den Antrag auf Vertretung ab, weil nach § 14 Abs. 3 BMV-Ä eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschl. der probatorischen Sitzungen grundsätzlich unzulässig, d.h. in jedem Fall ausgeschlossen sei. Eine adäquate Vertretung für eine psychologische Psychotherapeutin ohne die Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen durch die Vertretung sei nicht darstellbar. **SG Marburg**, Urt. v. 15.03.2023 - S 17 KA 130/22 - RID 23-02-18 stellte fest, dass der angefochtene Bescheid insoweit rechtswidrig ist, als die Vertretung für nicht genehmigungspflichtige Leistungen durch die Bekl. versagt wurde, und wies im Übrigen (Antrag: festzustellen, dass die streitgegenständliche Vertretung zulässig gewesen ist) die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung der Kl. zurück.

3. Keine rückwirkende Genehmigung zur Beschäftigung einer Sicherstellungsassistentin

SG München, Urteil v. 13.03.2026 - S 28 KA 116/25

RID 26-02-5

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV § 33 II; SGG § 99 III Nr. 3

Ein berechtigtes Interesse für die Erhebung einer **Fortsetzungsfeststellungsklage** wegen Folgeansprüchen, insb. Schadensersatzansprüchen, besteht nicht, wenn möglicherweise eine Amtshaftungsklage erhoben werden soll, die sich allein auf den Vorwurf der verzögerten Sachbearbeitung durch die KV stützt. Der Prüfmaßstab des Gerichts umfasst nicht die Frage der verzögerten Sachbearbeitung.

Die KV darf eine **rückwirkende Genehmigung** zur Beschäftigung einer Sicherstellungsassistentin nicht erteilen, auch wenn der **Antrag auf Verlängerung vor Auslaufen der vorherigen Genehmigung** gestellt wird (vgl. BSG, Urt. v. 28.03.2007 - B 6 KA 30/06 R - SozR 4-2500 § 98 Nr. 4, juris Rn. 9 ff.).

Die bekl. KV erteilte Herrn M. von der kl. BAG die Genehmigung zur Beschäftigung von S. in der Zeit vom 24.09.2024 bis 27.02.2025 als Sicherstellungsassistentin in Teilzeit (zehn Wochenstunden). Die Genehmigung erfolgte aufgrund der Pflegeheimversorgung (Kooperation mit einem Pflegeheim). Mit Antrag vom 10.02.2025,

eingegangen bei der Bekl. am 11.02.2025, beantragte die Kl. die Verlängerung der bisherigen Genehmigung. Mit Bescheid vom 06.03.2025 erteilte die Bekl. M. in die Genehmigung zur Beschäftigung von S. in der Zeit vom 06.03.2025- 27.02.2026 als Sicherstellungsassistentin in Teilzeit (zehn Wochenstunden). Die Genehmigung erfolgte wiederum aufgrund der Pflegeheimversorgung (Kooperation mit einem Pflegeheim). Die Bekl. wies darauf hin, dass rückwirkende Genehmigungen aus rechtlichen Gründen nicht erteilt werden könnten. Deshalb dürfe sie Leistungen, die von der Assistentin im nicht genehmigten Zeitraum vom 28.02.2025 bis 05.03.2025 erbracht worden seien, nicht anerkennen. Die Kl. könne diese Leistungen somit nicht abrechnen. Der bzgl. des Zeitraums vom 28.02.2025 bis 05.03.2025 erhobene Widerspruch blieb erfolglos. Das SG wies die Klage ab.

III. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 01.04.2026 - **B 6 KA 4/25 R** u. **B 6 KA 5/25 R** - liegt es grundsätzlich im **Gestaltungsspielraum** der Prüfungsgremien, ob sie die Wirtschaftlichkeitsprüfung (hier: GOP 01435 EBM („Haus/Fachärztliche Bereitschaftspauschale“) **auf Grundlage der von dem einzelnen Arzt oder aber auf Grundlage der von der BAG als Ganzes erbrachten Leistungen prüft**. Seit **Einführung der lebenslangen Arztnummer** zum 1. Juli 2008 liegen den Prüfungsgremien nicht mehr nur die Abrechnungsdaten der „Gesamt-BAG“ vor. Die lebenslange Arztnummer ermöglicht nunmehr eine eindeutige Zuordnung der ärztlichen Leistungen und Verordnungen zu jedem einzelnen Arzt der Berufsausübungsgemeinschaft. Sie bildet daher nicht nur die **Grundlage** für die Einhaltung von Plausibilitätsgrenzen, sondern auch für die **Prüfung der Abrechnungen auf Wirtschaftlichkeit**. Zwar bleibt auch nach Einführung der lebenslangen Arztnummer die Regressprüfung auf Ebene der Berufsausübungsgemeinschaft weiterhin möglich und kann in bestimmten Konstellationen sogar notwendig sein, wenn verwertbare Ergebnisse im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit beziehungsweise Unwirtschaftlichkeit nur so erzielt werden können. Um eine solche Fallgestaltung geht es hier jedoch nicht. Nach den Feststellungen des Landessozialgerichts lagen **keine Umstände vor, die eine weit überdurchschnittlich häufige Anzahl telefonischer Beratung der Patienten gerade mit dem nichtbehandelnden Praxispartner rechtfertigen konnten**. Weder die Lage der Praxis noch der Patientenkreis oder die konkrete Praxisstruktur als solche stellen relevante Praxisbesonderheiten dar. Auch eine besondere arbeitsteilige Praxis der Berufsausübungsgemeinschaft hinsichtlich der telefonischen Beratung von Patienten, die eine Regressprüfung auf Ebene der Berufsausübungsgemeinschaft als Einheit hätte nahelegen können, ist nicht festgestellt.

Nach BSG, Urt. v. 01.04.2026 - **B 6 KA 6/25 R** - sind Rechtsgrundlage der von dem kl. **Pharmaunternehmen** beanstandeten Regelungen der **Wirkstoffvereinbarung** §§ 84, 106b SGB V und die auf dieser Grundlage von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der KBV vereinbarten Rahmenvorgaben. Danach sind bezogen auf die wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln Zielvereinbarungen abzuschließen. Zudem legen die Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b SGB V fest, dass für Arzneimittel in den regionalen Vereinbarungen Regelungen getroffen werden, die sich auf die Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele nach § 84 Abs. 1 SGB V beziehen. Als Maßnahme zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven haben die Bundesvertragspartner unter anderem bestimmten Arzneimittelgruppen Leitsubstanzen zugeordnet. Für **urologische Spasmolytika** ist eine solche bundesweit geltende Zuordnung zwar nicht erfolgt. Die **Rahmenvorgaben** eröffnen den **regionalen Vertragspartnern** jedoch ausdrücklich die Möglichkeit **weitere Leitsubstanzen** zu vereinbaren und weitere Arzneimittelgruppen zu berücksichtigen. Davon haben die Vertragspartner in Bayern in nicht zu beanstandender Weise durch die Festlegung von Leitsubstanzen auch für urologische Spasmolytika Gebrauch gemacht. Darin liegt keine Abweichung von den Rahmenvorgaben, sodass es nicht darauf ankommt, ob die in § 84 Abs. 6 S. 3 SGB V geregelten Voraussetzungen für eine Abweichung vorliegen. Die von den Bekl. getroffenen Festlegungen zu Leitsubstanzen verstoßen auch im Übrigen nicht gegen Bundesrecht. Insbesondere mussten sich die Vertragspartner bei der Festlegung der Leitsubstanzen, die dazu beitragen sollen, Vertragsärzte zu preisgünstigen Verordnungen zu leiten, nicht allein an den Listenpreisen der Arzneimittel orientieren. Vielmehr durften sie auch bestehende Rabattverträge bei der **Ermittlung der durchschnittlich durch die Verordnung von Arzneimitteln ausgelösten Kosten** berücksichtigen. Aus dem Umstand, dass die durch die Wirkstoffvereinbarung bewirkten Anreize den Vertragsarzt nicht in jedem Einzelfall zur Verordnung des preiswertesten Arzneimittels leiten, folgt kein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Wenn die Vertragspartner Durchschnittskosten zugrunde legen, dann ist dies mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot vereinbar, das der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung dient. *Dem Arzt, der sich an den Vorgaben der Wirkstoffvereinbarung orientiert*, darf unter diesen Umständen allerdings nicht entgegengehalten werden, dass gleichwohl in einem konkreten Einzelfall eine preiswertere Verordnung möglich gewesen wäre. Dies entspricht indes der Rechtsprechung des Senats zu den Grenzen des Minimalprinzips und wird auch von den Partnern der Wirkstoffvereinbarung ausdrücklich nicht in Frage gestellt.

1. Arzneikostenregress

a) Ausstellung einer onkologischen Verordnung für bereits verstorbenen Versicherten

SG München, Urteil v. 12.02.2026 - S 28 KA 16/25

RID 26-02-8

Berufung zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 106, 106b

Die **nach dem Tod** eines Versicherten erteilte Verordnung ist inhaltlich unzulässig, da der Verstorbene nicht mehr anspruchsberechtigt ist. Es handelt sich nicht um eine fehlerhafte Art und Weise der Ausstellung der Verordnung i.S. eines **sonstigen Schadens** nach § 48 BMV-Ä. Es kann nur eine

Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. §§ 106, 106b SGB V durchgeführt werden (so im Ergebnis auch SG Hannover, Urt. v. 14.09.2022 - S 20 KA 85/20 - RID 22-04-23; SG Dortmund, Urt. v. 12.07.2023 - S 16 KA 64/22 u. S 16 KA 65/22 -).

Die Beigel. zu 1. ist eine urologische BAG. Die Prüfungsgremien lehnten einen Antrag der Krankenkasse auf Festsetzung eines Regresses wegen der Verordnung des Arzneimittels Pamorelin 17 Tage nach dem Tod des Versicherten mangels Verschuldens ab. Der Prüfungsausschuss hatte u.a. ausgeführt, der Versicherte sei gerade zwei Monate nach dem letzten Arzt-Patienten-Kontakt verstorben. Vorliegend sei die Verordnung von Pamorelin 11,25mg 1 Stück streitgegenständlich. Das Arzneimittel sei indiziert zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden, hormonabhängigen Prostatakarzinoms sowie des lokalisierten Hochrisiko- oder lokal fortgeschrittenen, hormonabhängigen Prostatakarzinoms in Kombination mit Strahlentherapie. Die Menge lasse darauf schließen, dass hier ein Quartalsbedarf rezeptiert worden sei. Aufgrund dessen und der Tatsache, dass die Vertragsärzte den Patienten einen Monat vor seinem Versterben behandelt hätten, sei hier ein Verschulden für die Prüfungsstelle nicht gegeben. Das **SG** verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

b) Sprechstundenbedarf

aa) Wirksamer Prüfantrag durch Rezeptprüfstelle/Cremes und Salben

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.10.2025 - L 11 KA 2/25

RID 26-02-7

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106; SGB X § 13

In LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.08.2023 - L 11 KA 36/21 - juris Rn. 81 ff., RID 24-03-15 wurde bereits im Rahmen eines obiter dictums ausgeführt, dass ein **eigenes Antragsrecht der Rezeptprüfstelle** - hier: juristischen Person des Privatrechts in Form einer GmbH - zwar nicht aus § 2 PrüfV, aber aus § 15 Abs. 1 Buchst. d) PrüfV folge. Hieran hält der Senat fest. Letztlich kommt es darauf aber nicht an, weil die Rezeptprüfstelle den Prüfantrag **als „beauftragte Stelle“** im Sinne der PrüfV nicht als Ast. im eigenen Namen, sondern **im Namen der Beigel. zu 1) bis 6) gestellt** hat. Hierzu war sie bevollmächtigt. Bedenken gegen die Wirksamkeit dieser Bevollmächtigung bestehen nicht.

Auch wenn die der Rezeptprüfstelle erteilte schriftliche Vollmacht seitens der Beigel. zu 1) bis 6) die **Widerspruchseinlegung** nicht umfasst, hat zumindest eine Anscheinsvollmacht bestanden. § 106c Abs. 3 S. 1 SGB V steht der hierdurch begründeten Vertretungsmacht nicht entgegen. Auch durch die Widerspruchseinlegung übt die Rezeptprüfstelle keine hoheitliche Gewalt aus.

Die **SSB-Vereinbarung** Nordrhein benennt konkret unterschiedliche über den SSB verordnungsfähige Dermatika; **Cremes** sind dort nicht aufgeführt. Sie unterfallen auch nicht den **Salben**, da sie sich von diesen pharmakologisch unterscheiden. Der Begriff „Creme“ wird im medizinischen Sprachgebrauch definiert als halbfeste Arzneiform zur lokalen Anwendung mit hohem Wassergehalt und hydrophoben Bestandteilen in verschiedenen Emulsionsformen (meist Öl-in-Wasser-, aber auch Wasser-in-Öl- und Mischemulsionen) als Trägersubstanz für gelöste oder emulgierte Wirkstoffe. Demgegenüber wird Salbe definiert als halbfeste, streichfähige Arzneizubereitung zur lokalen Anwendung. Salben sind als einphasige Zubereitung verschiedener Fette, Öle oder Wachse, mit denen die Wirkstoffe gemischt werden, oder als Emulsion vom Typ Wasser-in-Öl. Im Fall von **BetaGalen** unterscheiden sich entsprechend der allgemeinen pharmakologischen Abgrenzung beider Darreichungsformen die Inhaltsstoffe von BetaGalen Creme und BetaGalen Salbe.

Die Kl. ist eine hausärztlich tätige internistische BAG. Die Prüfungsstelle lehnte den Regressantrag für das Quartal III/20 mit der Begründung ab, inhaltlich gälten als SSB nur die in Anlage 1 der SSB-Vereinbarung aufgeführten Artikel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Berechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet würden oder zur Sofortbehandlung im Notfall erforderlich seien. BetaGalen Creme sei in der Anlage 1 der SSB-Vereinbarung gelistet. Der Bekl. setzte mit Bescheid v. 02.08.2023 einen Regress i.H.v. 52,11 € fest. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 12.11.2024 - S 7 KA 116/23 - hob den angefochtenen Bescheid auf. Das **LSG** wies auf die Berufung des Bekl., der Beigel. zu 1) u. 5) die Klage ab.

bb) Wirksamer Prüfantrag durch Rezeptprüfstelle/UrgoTül

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.10.2025 - L 11 KA 30/23

RID 26-02-8

www.juris.de

SGB V § 106; SGB X § 13

In LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.08.2023 - L 11 KA 36/21 - juris Rn. 81 ff., RID 24-03-15 wurde bereits im Rahmen eines obiter dictums ausgeführt, dass ein **eigenes Antragsrecht der Rezeptprüfstelle** - hier: juristischen Person des Privatrechts in Form einer GmbH - zwar nicht aus § 2 PrüfV, aber aus § 15 Abs. 1 Buchst. d) PrüfV folge. Hieran hält der Senat fest. Letztlich kommt es darauf aber nicht an, weil die Rezeptprüfstelle den Prüfantrag **als „beauftragte Stelle“** im Sinne der PrüfV nicht als Ast. im eigenen Namen, sondern **im Namen der Beigel. zu 1) bis 6) gestellt** hat. Hierzu war sie bevollmächtigt. Bedenken gegen die Wirksamkeit dieser Bevollmächtigung bestehen nicht.

Auch wenn die der Rezeptprüfstelle erteilte schriftliche Vollmacht seitens der Beigel. zu 1) bis 6) die **Widerspruchseinlegung** nicht umfasst, hat zumindest eine Anscheinsvollmacht bestanden. § 106c Abs. 3 S. 1 SGB V steht der hierdurch begründeten Vertretungsmacht nicht entgegen. Auch durch die Widerspruchseinlegung übt die Rezeptprüfstelle keine hoheitliche Gewalt aus.

Die unter § 4 i.V.m. Anlage 1 als zum Sprechstundenbedarf zugehörig aufgelisteten Artikel sind nach § 3 Abs. 8 S. 1 SSB-Vereinbarung **nicht als Sprechstundenbedarf bezugsfähig**, wenn sie für solche ärztlichen Verrichtungen verwendet werden, für die es z.B. eine EBM-Regelung oder eine durch eine besondere Vereinbarung festgelegte Sachkostenpauschale unter Einschluss dieser Artikel gibt. Vorliegend sind die im Zusammenhang mit den durchgeführten Arthroskopien angefallenen Kosten vollständig von den Arthroskopie-Sachkostenpauschalen abgegolten.

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 (für das Quartal III/17) fest. Ob die hier über den Sprechstundenbedarf verordneten „Transfer Sets/Rollenpumpenschläuche“ etwa unter 0535000000 „Patientenendschläuche“ der Anl. 1 zur SSB-Vereinbarung zu fassen seien, könne offenbleiben. So habe die Pharmakotherapieberatung der Beigel. zu 7) dem Vertragsarzt auf Anfrage mitgeteilt, dass hier eine Verordnungsfähigkeit über den Sprechstundenbedarf gegeben sei. Wenngleich daraus kein Vertrauensschutz erwachsen könne, sei dennoch aufgrund der sich dem Vertragsarzt stellenden unübersichtlichen Rechtslage insoweit von einer Regressierung abzusehen. Der Bekl. setzte mit Bescheid v. 28.08.2019 einen Regress i.H.v. 2.834 € fest. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 23.08.2023 - S 7 KA 162/20 - hob den angefochtenen Bescheid auf. Das **LSG** wies auf die Berufung des Bekl., der Beigel. zu 1) u. 6) die Klage ab.

Zum Parallelverfahren der Vorinstanz s. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 23.08.2023 - S 7 KA 62/22 - RID 26-01-17. Aufgrund der Anhörungsproblematik erkannte der Bekl. vor dem LSG das Urteil an und hob den angefochtenen Bescheid auf.

2. Parenterale Ernährung: Dreikammerbeutel als wirtschaftlichere Alternative

SG Marburg, Urteil v. 22.04.2026 - S 18 KA 330/23

RID 26-02-9

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 106, 106b

Leitsatz: Die Verordnung von **Acht- bzw. Neunkammerbeuteln** ist **unwirtschaftlich**, da mit **Dreikammerbeuteln** eine wirtschaftlichere Alternative vorhanden ist. Maßgeblich sind die Vorgaben der Leitlinie.

Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit einer Verordnung von Arzneimitteln der **parenteralen Ernährung** sind Pflegekosten nicht einzubeziehen.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin wandte sich gegen einen Arzneikostenregress für die Verordnung von Arzneimitteln zur parenteralen Ernährung in den Quartalen I und II/18 in Höhe von 15.032,42 €. Das **SG** wies die Klage ab.

IV. Zulassungsrecht

1. Berufshaftpflichtversicherung: Ruhen der Zulassung

SG Hannover, Urteil v. 11.03.2026 - S 20 KA 72/25

RID 26-02-10

www.juris.de

SGB V §§ 95e, 96 IV 1; Ärzte-ZV §§ 37 II, 45 III; VVG 2008 § 113 II; SGG § 78

Leitsatz: 1. Nach Bekanntgabe eines Verwaltungsakts kann der Vertragsarzt rechtswirksam auf die Einlegung eines **Widerspruchs verzichten**.

2. Trifft der Berufungsausschuss trotz eines wirksamen **Verzichts auf das Widerspruchsrecht** gleichwohl eine **Sachentscheidung**, ist die Zulässigkeit des Widerspruchs im gerichtlichen Verfahren nicht mehr zu prüfen (Heilung durch Sachentscheidung).

3. Der Zulassungsausschuss darf das **sofortige Ruhen der vertragsärztlichen Zulassung** nur anordnen, wenn er zuvor den Vertragsarzt nach § 95e Abs. 4 S. 1 oder nach Abs. 6 S. 1 SGB V vergeblich zur Nachweisführung aufgefordert hat. Eine Aufforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung genügt diesen Anforderungen nicht.

Die KV forderte den kl. Facharzt für Augenheilkunde wiederholt auf, seiner Nachweispflicht hinsichtlich einer Berufshaftpflichtversicherung nachzukommen. Im Oktober 2024 informierte sie den Kl. darüber, dass der Zulassungsausschuss in seiner nächsten Sitzung im November 2024 über das Ruhen der Zulassung mit sofortiger Wirkung entscheiden wolle und bat nochmals um Vorlage des Versicherungsnachweises. Nach Ladung und Verhandlung in Abwesenheit des Kl. stellte der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung ab 28.11.2024 bis längstens 28.11.2026 fest. Mit E-Mail v. 28.11.2024 teilte die KV „Im Auftrag des Vorsitzenden des Zulassungsausschusses“ dem Kl. mit, dass der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung beschlossen habe. Weiter heißt es in der E-Mail: „Ab heute dürfen Sie keine vertragsärztlichen Leistungen mehr erbringen und abrechnen. Der rechtsmittelfähige Bescheid wird in den nächsten Wochen verschickt. Mit Eingang eines gültigen Nachweises bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses endet das Ruhen.“ Die Beschlussausfertigung wurde am 03.12.2024 zur Post gegeben. Mit Schreiben v. 05.12.2024 teilte der Kl. mit, dass er den Beschluss des Zulassungsausschusses heute erhalten habe. Er werde dagegen keinen Widerspruch einlegen und seine Patienten nur noch nach der GOÄ behandeln. Mit Schreiben v. 29.12.2024 erhob der Kläger gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses Widerspruch. Der Bekl. wies den Widerspruch mit Bescheid v. 02.04.2025 zurück und ordnete die sofortige Vollziehung an. Das **SG** hob den angefochtenen Beschl. auf.

2. Zulassungsentziehung: Langjähriger Verstoß gegen Abrechnungsvorschriften

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 24.02.2026 - L 4 KA 1/25

RID 26-02-11

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 VI, 291, 291a I 1; BMV-Ä §§ 13 I, 19, 44 V

Leitsatz: Eine **gröbliche**, d.h. das Vertrauensverhältnis nachhaltig störende **Pflichtverletzung** i.S.v. § 95 Abs. 6 SGB V kann auch darin liegen, dass ein Vertragsarzt trotz wiederholter Hinweise **wiederkehrend Vorgaben** des SGB V, des BMV-Ä oder einer Honorarabrechnungsordnung einer Kassenärztlichen Vereinigung **nicht beachtet**.

Der kl., seit 1995 zugelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin entzog der bekl. Berufungsausschuss 2016 eine hälftige Zulassung, da sie für ihre Praxis eine unterdurchschnittliche Fallzahl abgerechnet hatte. Sofern sie der KV für die Quartale III/12 bis III/14 sowie I/15 bis II/16 gar keine oder nicht verarbeitbare bzw. fehlerhafte Abrechnungsunterlagen mit zum Teil - aber nicht in jedem Behandlungsfall - fehlenden Einlesedaten der Versichertenkarte oder Daten von alten Krankenversicherungskarten, doppelt abgerechneten Fällen sowie für die Quartale III/12 und IV/13 jeweils 20 Musterformulare für das Ersatzverfahren ohne die Unterschrift des Versicherten vorgelegt hatte, würdigte der Bekl. zum damaligen Zeitpunkt jedoch (noch) das Bemühen der Kl. um eine künftig ordnungsgemäße Abrechnung, so dass die Entscheidung des Zulassungsausschusses auf eine nur hälftige Zulassungsentziehung reduziert wurde. Die **KV beantragte im August 2019**, der Kl. wegen gröblicher Verletzung vertragsärztlicher Pflichten auch die verbliebene hälftige Zulassung zu entziehen, da die Kl. erstens diesen hälftigen Versorgungsauftrag angesichts von Fallzahlen zwischen 79 und 128 in den Quartalen IV/16 bis IV/18 nicht ausfülle. Zweitens halte die Kl. die **Abrechnungsvorschriften** ihrer Honorarabrechnungsordnung sowie des BMV-Ä nicht regelmäßig ein (Fehlerquoten zwischen 9,68 % und 56,31 %). So erfasse sie Versichertendaten fehlerhaft bzw. nicht über die Gesundheitskarte und führe - so für das Quartal II/18 - das nur in Ausnahmefällen zulässige Ersatzverfahren mittels Musterformular 5 ohne Unterschrift des behandelten Versicherten und somit fehlerhaft durch. Der **Zulassungsausschuss** entzog daraufhin der Kl. wegen gröblicher Verletzung vertragsärztlicher Pflichten mit sofortiger Wirkung ihre hälftige Zulassung. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Kiel**, Urt. v. 04.09.2024 - S 16 KA 516/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Ermächtigung einer geriatrischen Institutsambulanz: Bedarf/Einstweiliger Rechtsschutz

SG Hamburg, Beschluss v. 19.01.2026 - S 3 KA 56/25 ER

RID 26-02-12

www.juris.de

SGB V § 118a; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Ein **Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz** ist schon dann zulässig, wenn der Zulassungsausschuss dem Betroffenen seine ablehnende Entscheidung im Wege einer **Vorabinformation** und mit dem Hinweis, der schriftliche Bescheid mit Begründung werde in absehbarer Zeit zugehen, mitteilt.

2. Die **Ermächtigung** nach § 118a SGB V (**geriatrische Institutsambulanz**) ist nur zu erteilen, wenn der Bedarf an strukturierter und koordinierter ambulanter geriatrischer Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte nicht gedeckt ist.

3. Ein äußerst **geringer Behandlungsumfang** einer geriatrischen Institutsambulanz in vergangenen Jahren stellt ein Indiz dafür dar, dass der **Bedarf** gedeckt ist.

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

V. Streitwert

1. Streitwert: Klage auf eine bezifferte Geldleistung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.02.2026 - L 11 KA 7/25 B

RID 26-02-13

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG § 52

Betrifft der Antrag des Kl. eine **bezifferte Geldleistung** oder einen hierauf bezogenen Verwaltungsakt, ist deren Höhe maßgebend für die Streitwertfestsetzung (§ 52 Abs. 3 S. 1 GKG).

Aus den Abrechnungsunterlagen ergibt sich, dass die kl. Praxis die mit 3.165 Punkten bewertete freie Leistung mit Kontingentierung nach Ziff. 30901 EBM im Quartal IV/14 166-mal abgerechnet hat. Die Kl. hat in ihrer Klagebegründung auf das Quartal I/13 Bezug genommen und für das streitige Quartal IV/14 einen **Unterschiedsbetrag von 111,69 Euro je Ansatz** geltend gemacht, sodass sich daraus der Streitwert ergibt ($166 \times 111,69 \text{ €} = 18.540,54 \text{ €}$). Insoweit und in diesem Umfang ist der Streitwert im Sinne des § 52 Abs. 3 Satz 1 GKG bestimmbar, sodass für den **Auffangstreitwert** nach § 52 Abs. 2 GKG kein Raum ist.

Vorausgehend **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 26.03.2025 - S 51 KA 446/20 -. Das **LSG** setzte auf die Beschwerde der Kl. den Streitwert auf 18.540,54 € fest und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

VI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Sonderbedarfszulassung: Zusatzbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung „Schlafmedizin“

BSG, Urteil v. 18.06.2025 - B 6 KA 4/24 R

RID 26-02-14

BSGE = SozR 4-2500 § 101 Nr. 24 = KrV 2025, 257 = ZMGR 2025, 344

Leitsatz: Die **Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“** kann nicht Grundlage einer **qualifikationsbezogenen Sonderbedarfszulassung** sein, weil sie vom zeitlichen Umfang her nicht mit der Qualifikation in einem Schwerpunkt vergleichbar ist.

2. Anstellung neben zwei hälftigen Versorgungsaufträgen

BSG, Urteil v. 26.03.2025 - B 6 KA 7/24 R

RID 26-02-15

Verfassungsbeschwerde erhoben: BVerfG - 1 BvR 1688/25 -

BSGE = SozR 4 = GesR 2025, 651 = ZMGR 2025, 267 = f&w 2026, 158 = SGB 2026, 114

Leitsatz: Ein Arzt darf persönlich höchstens im **Umfang eines vollen Versorgungsauftrags** - gleich ob als **Angestellter oder als Vertragsarzt** - an der vertragsärztlichen Versorgung mitwirken.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Kombinationstherapie mittels Photodynamischer Lasertherapie

SG für das Saarland, Beschluss v. 26.02.2025 - S 20 KR 2/25 ER

RID 26-02-16

www.juris.de = MedR 2026, 97

SGB V §§ 2, 12, 27, 135

Die **Kombinationstherapie mittels Photodynamischer Lasertherapie**, Infusionstherapie, Cylindrical Light Diffusor, IPT Therapie und intravenöser Oxyvenierung gehört zu den sog. **neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**. Eine Versicherte, die an einer lebensbedrohlichen und regelmäßig tödlichen Erkrankung in Form eines metastasierenden **Osteosarkoms** erkrankt ist, hat hierauf einen Anspruch, wenn eine allgemein anerkannte und dem medizinischen Standard entsprechende kausale Behandlungsoption nicht (mehr) zur Verfügung steht, da sie die Chemotherapie nicht mehr verträgt.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. die seit dem 22.01.2025 (Eingang des Eilrechtsschutzantrags) anfallenden Kosten der Therapie mittels Photodynamischer Lasertherapie, Infusionstherapie, Cylindrical Light Diffusor, IPT Therapie und intravenöser <noindex> Oxyvenierung bis zur rechtskräftigen Entscheidung des unter dem Aktenzeichen S 20 KR 221/24 anhängigen Hauptsacheverfahren, längstens jedoch bis zum 31.01.2026, zu erstatten, und wies darüber hinaus den Antrag zurück.

b) Behandlung eines Craniopharyngeom-Rezidivs mittels Gamma-Knife

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.04.2025 - L 16 KR 137/23

RID 26-02-17

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, IIIa, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Bei einer 2019 ambulant durchgeführten Behandlung eines **Craniopharyngeom-Rezidivs** mittels **Gamma-Knife** handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode**, für die es an einer positiven Empfehlung des GBA fehlt.

SG Düsseldorf, Gerichtsbb. v. 23.01.2023 - S 27 KR 768/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 26.01.2026 - B 1 KR 22/25 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

c) Ambulante extrakorporale Lipidapherese-Therapie

SG Braunschweig, Gerichtsbescheid v. 06.03.2026 - S 26 KR 128/25

RID 26-02-18

www.juris.de

SGB V §§ 27 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden - wie die hier streitgegenständliche **LDL-Apherese** - dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden, wenn der **GBA in Richtlinien** nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen abgegeben hat über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit unter genau festgelegten Prämissen.

Fehlt es an einem therapierefraktären Verlauf und einer „ultima ratio“-Situation im Sinne von § 1 Abs. 2 Anl. I Ziff. 1 MVV-RL, so liegen die Voraussetzungen nach der Anlage I Nr. 1 der **Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des GBA** nicht vor.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Versorgung mit hochdosierten Immunglobulinen (IgG-Substitution)

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 03.12.2025 - L 4 KR 311/25 B ER

RID 26-02-19

www.juris.de

SGB V § 2 Ia; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Unter Anwendung des § 2 Abs. 1a SGB V kann ein gesetzlich Versicherter mit **Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS)** im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die vorläufige **Versorgung mit einem weiteren Therapieversuch mit hochdosierten Immunglobulinen (IgG-Substitution)** beanspruchen, wenn eine ausreichende Mindestevidenz vorliegt und positive Wirkungen im Einzelfall ärztlich bestätigt sind (Wiederholung des Leitsatzes aus LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 19.03.2025 - L 4 KR 20/25 B ER - RID 25-02-38).

2. Die **Mindestevidenz** erreicht einen gesicherteren/höheren Grad, wenn die bislang durchgeführten Therapieversuche (als Folge von L 4 KR 20/25 B ER und frühere) nach Mitteilung der den Versicherten behandelnden Ärzt/innen uneingeschränkt positive Wirkung ohne wesentliche und unerwünschte Nebenwirkungen zeigten.

3. Aufgrund der nach wie vor **fehlenden Studienlage** zu ME/CFS ist zwar nach wie vor keine volle Evidenzbasierung gegeben und können nach wie vor allein **Therapieversuche** zugesprochen werden. Aufgrund des inzwischen gesicherteren/höheren Grades der Mindestevidenz ist jedoch innerhalb des Therapieversuchs die Zuerkennung einer nunmehr höheren Zahl von Zyklen gerechtfertigt (9 statt bislang 6).

SG Hannover, Beschl. v. 26.08.2025 - S 2 KR 547/25 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. mit einem weiteren Therapieversuch mit einer IgG-Substitution von neun Zyklen zu versorgen.

3. Benennung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeit

SG Braunschweig, Beschluss v. 20.02.2026 - S 26 KR 20/26 ER

RID 26-02-20

www.juris.de

SGB V §§ 73 II, 75 I 1; SGG § 86b II

Ein Gericht kann eine **Krankenkasse** nicht dazu verpflichten, einem Versicherten binnen Frist eine **psychotherapeutische Praxis mit konkretem Terminangebot zu benennen**, erst recht nicht im Wege der einstweiligen Anordnung. Denn nicht die Krankenkassen haben die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, sondern die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Den Versicherten steht nicht nur das Wahlrecht unter den zur vertraglichen Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten zu, ihnen kommt auch die Obliegenheit zu, einen vertragsärztlichen Therapeuten auszuwählen und zur Behandlung aufzusuchen. Die Behandlung durch einen nicht zur vertragsärztlichen oder -therapeutischen Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten kommt außerhalb unvermittelt auftretender Notfälle einzig im Sinne eines Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 3 SGB V in Betracht. Ein solcher Kostenerstattungsanspruch kann auch auf Kostenfreistellung gerichtet sein, setzt aber voraus, dass der Versicherte einem konkreten Zahlungsanspruch ausgesetzt ist und ein **Systemversagen** dahingehend **nachweist**, sich vergeblich um eine **Behandlung** bei einem Vertragspsychotherapeuten **bemüht zu haben** (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.07.2025 - L 1 KR 81/23 - juris Rn. 32 ff., RID 25-04-35).

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

4. Zahnärztliche Behandlung: Invisalign®-Methode als neue Behandlungsmethode

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.01.2026 - L 1 KR 345/22

RID 26-02-21

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 29, 135 I 1 Nr. 1

Zutreffend ist die Vorinstanz davon ausgegangen, dass es sich bei der **Invisalign®-Methode** um eine **neue Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V handelt und sie bislang nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im EBM enthalten ist.

Von einem **Systemversagen** ist nicht auszugehen, da es Alternativen für die kieferorthopädische Behandlung nach der Invisalign®-Methode gibt. Eine Teilkostenerstattung ohne gesetzliche Grundlage darf nicht erfolgen. Dies verstößt nicht gegen das Grundgesetz.

SG Berlin, Gerichtsb. v. 01.09.2022 - S 31 KR 1089/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

1. Liposuktion bei Lipödem

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.01.2026 - L 1 KR 281/21

RID 26-02-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I, 39 I, 135 I, 137c I

Seit dem 09.10.2025 gehört die **Liposuktion bei Lipödem** unabhängig vom Stadium der Erkrankung nach dem ICD10 zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der Kl. liegt zwar die erforderliche Diagnose vor, es fehlt aber an der Erfüllung der Anforderungen an eine **Indikationsstellung** nach § 4 Abs. 2 und 3 QS-RL, die mit höherrangigem Recht vereinbar ist. Auch aus anderen Anspruchsgrundlagen ergibt sich kein Leistungsanspruch. Aufgrund der Nichterfüllung der Mindestanforderungen an eine Indikationsstellung im Fall der Kl. kann es dahinstehen, ob die begehrte Behandlung hier ambulant oder stationär zu erbringen wäre.

SG Potsdam, Ur. v. 09.06.2021 - S 7 KR 89/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Bauchdeckenstraffung nach Magenbypassoperation

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.02.2026 - L 1 KR 307/22

RID 26-02-23

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 5, 39 I

Um eine **behandlungsbedürftige Entstellung** annehmen zu können, genügt nicht jede körperliche Abnormität. Vielmehr muss es sich objektiv um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit hervorruft und damit zugleich erwarten lässt, dass der Betroffene ständig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Beachtung wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückziehen und zu vereinsamen droht, sodass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist. Ausgehend vom objektiven Krankheitsbegriff kommt es für die Bewertung der Entstellung nicht auf eine subjektive oder persönliche Einschätzung der Betroffenen an. Die Feststellung, dass im Einzelfall Versicherte wegen einer körperlichen Abnormität entstellt sind, ist anhand eines objektiven Maßstabes zu beurteilen und in erster Linie Tatfrage (vgl. BSG, Ur. v. 10.03.2022 - B 1 KR 3/21 R - BSGE 134, 13 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 31 Rn. 16 m.w.N.).

Dermatologische Erkrankungen sind mit den Mitteln dieser Fachrichtung zu behandeln.

SG Berlin, Ur. v. 28.06.2022 - S 211 KR 152/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Mamma-Reduktionsplastik: Nutznachweis

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 29.07.2025 - L 10 KR 231/21

RID 26-02-24

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 27 I 1, 39, 137c III

Leitsatz: 1. Auch für eine **Mamma-Reduktionsplastik (MRP)** als (mittelbare) Behandlung von Nacken- und Rückenbeschwerden ist der volle **Nutznachweis** im Sinne eines evidenzgestützten Konsens der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute erforderlich.

2. Mangels randomisierter prospektiver Fallkontrollstudien ist die **Wirksamkeit einer MRP** als (mittelbarer) operativer Eingriff zur Behandlung von Nacken- und Rückenbeschwerden nicht hinreichend sicher belegt. Auch in den entsprechenden Leitlinien wird eine MRP als (mittelbare) Behandlungsmöglichkeit nicht genannt.

3. Zwar kann einer MRP das **Potential einer wirksamen (mittelbaren) Therapieoption** i.S.v. § 137c Abs. 3 SGB V zur Behandlung von Nacken- und Rückenbeschwerden nicht abgesprochen werden.

Allerdings handelt es sich insoweit regelmäßig nicht um eine schwerwiegende Erkrankung, für die keine andere **Standardbehandlung** zur Verfügung steht.

SG Lübeck, Gerichtsb. v. 25.05.2021 - S 14 KR 246/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Beidseitiger Brustaufbau bei Geschlechtsinkongruenz

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 18.02.2026 - L 10 KR 14/26 B ER

RID 26-02-25

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 135; SGG § 86b II

Bei der Diagnose und Behandlung eines durch **Geschlechtsinkongruenz** verursachten Leidensdrucks handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**, die dem Verbot mit Erlaubnisvorbehalt nach § 135 SGB V unterfällt.

Schutzwürdiges **Vertrauen** kommt insoweit in Betracht, wenn eine geschlechtsangleichende Behandlung bereits genehmigt war oder - in Ermangelung eines insoweit bindenden Verwaltungsakts - die geschlechtsangleichende Behandlung unmittelbar durch einen Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung begonnen wurde und der Behandlung ein die streitige Leistung einschließender Behandlungsplan zugrunde lag (BSG, Urt. v. 19.10.2023 - B 1 KR 16/22 R - BSGE = SozR 4-2500 § 135 Nr. 32 Rn. 28).

SG Düsseldorf, Beschl. v. 12.12.2025 - S 26 KR 1950/25 ER - lehnte es ab, die Ag. im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes zu verpflichten, die Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung zum beidseitigen Brustaufbau zu übernehmen, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

III. Kostenerstattung

1. Rechnung für privatärztliche Behandlung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.02.2026 - L 4 KR 289/21

RID 26-02-26

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 III 1; GOÄ § 12 II

Leitsatz: Die **Fälligkeit** einer nach der GOÄ erstellten **Rechnung für privatärztliche Behandlung** tritt nicht ein, wenn als Nummer der berechneten Leistung nur eine fiktive Gebührenziffer genannt wird.

Die Kl. begehrte die Erstattung von Kosten für eine Immunadsorptionsbehandlung. *SG Berlin*, Urt. v. 07.05.2021 - S 36 KR 1047/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Ambulante Badekur: Beantragung einer stationären Reha

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.02.2026 - L 1 KR 285/22

RID 26-02-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 40; SGB IX § 18

Als Anspruchsgrundlage für den Erstattungsanspruch kommen § 13 Abs. 3, 2. Alt. SGB V und § 18 Abs. 6 SGB IX in Betracht. Ob auch in Fällen rechtswidriger Leistungsablehnung im Bereich der medizinischen Rehabilitation § 13 Abs. 3 SGB V aufgrund der Verweisung in Satz 2 auf § 18 SGB IX nicht anwendbar ist, kann dahinstehen, denn aufgrund der Parallelität der Ansprüche und ihrer Voraussetzungen ist eine **kollidierende Systemabgrenzung** nicht erforderlich (vgl. BSG, Urt. v. 15.03.2018 - B 3 KR 4/16 R - juris Rn. 16 m.w.N.).

Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V bzw. § 18 SGB IX muss bereits deshalb ausscheiden, weil der Kl. eine **stationäre Reha beantragt** hat, ihm aber hierfür nicht Kosten entstanden sind, sondern für **Unterkunft und Verpflegung im Rahmen einer (ambulant durchgeführten) Badekur**.

SG Berlin, Urt. v. 01.07.2022 - S 224 KR 3202/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Krankenversicherungsleistungen im EU-Ausland

LSG Hamburg, Urteil v. 20.02.2026 - L 1 KR 77/25

RID 26-02-28

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 2 II; Verordnung (EG) Nr. 883/2004 Art. 24

Nach Art. 24 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 erhält ein versicherter Rentner, der in Italien wohnt, aber eine Rente aus Deutschland bezieht, **in Italien medizinische Leistungen** (Ärzte, Krankenhäuser etc.) so, als wäre er dort - in Italien - versichert. Die dem italienischen Träger dabei entstehenden Kosten werden - in direkter Abwicklung ohne Beteiligung des Versicherten - vom Rentenzahlstaat Deutschland übernommen. Nach diesem Prinzip spielt bei einer Behandlung des Versicherten in Italien daher das **deutsche Krankenversicherungssystem keine Rolle** mehr. Das gilt auch, wenn das Leistungsrecht beider beteiligter Staaten nicht deckungsgleich ist. Deutlich wird dies, wenn das Recht des zuständigen Staates Ansprüche auf Leistungen gewährt, die im nationalen Recht des Aufenthaltsstaats nicht vorgesehen sind, oder wenn - wie vorliegend - im Wohnstaat ein System mit umfassender Eigenbeteiligung der Versicherten vorgesehen ist, während im zuständigen Staat entsprechende Leistungen unentgeltlich in natura zur Verfügung gestellt werden.

Der Kl. begehrte die Gewährung von Krankenversicherungsleistungen in Italien in dem Umfang und mit den Zuzahlungen, wie sie in Deutschland gewährt würden. **SG Hamburg**, Gerichtsbb. v. 08.08.2025 - S 60 KR 1923/24 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Heilbehandlung am Toten Meer/Fachinformation eines Arzneimittels

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.01.2026 - L 4 KR 159/19

RID 26-02-29

www.juris.de

SGB V §§ 18, 23; AMG § 11a

Leitsatz: 1. Zur (hier) fehlenden Überlegenheit einer **Heilbehandlung am Toten Meer** wegen einer Psoriasis vulgaris in Kombination mit einer Psoriasis-Arthritis gegenüber vergleichbaren Heilbehandlungen in Deutschland bzw. innerhalb von EU und EWR.

2. Die **Fachinformation eines Arzneimittels** (§ 11a AMG) bzw. – bei einer Arzneimittelzulassung durch die EU-Kommission – die „Summary of Product Characteristics“ sind auch im Hinblick auf mögliche Kontraindikationen **verbindlich**.

SG Potsdam, Ur. v. 31.01. 2019 - S 3 KR 305/15 - wies die auf Zahlung von insgesamt 10.498,26 € gerichteten Klagen ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

1. Versorgung mit Cannabis

a) Ausreichende Begründung der abgegebenen Einschätzung

LSG Hamburg, Urteil v. 26.02.2026 - L 1 KR 87/24 WA

RID 26-02-30

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Die dem **Vertragsarzt** eingeräumte **Einschätzungsprärogative** schließt eine weitergehende Prüfung des Abwägungsergebnisses auf Richtigkeit aus. Es steht den Krankenkassen und Gerichten nicht zu, die Anwendbarkeit einer verfügbaren Standardtherapie selbst zu beurteilen und diese Beurteilung an die Stelle der Abwägung des Vertragsarztes zu setzen (BSG, Ur. v. 29.08.2023 - B 1 KR 26/22 R - juris m.w.N.).

SG Hamburg, Ur. v. 09.06.2022 verurteilte die Bekl., den Kl. gemäß den Verordnungen der behandelnden Fachärztin für Allgemeinmedizin seit dem 01.03.2020 und zukünftig mit den verordneten Cannabisblüten zu versorgen. Das **LSG** wies die Berufung mit der Maßgabe zurück, dass der Tenor auf die Verpflichtung der Bekl. lautete, dem Kl. mit Wirkung ab 01.03.2020 die Genehmigung der vertragsärztlichen Verordnung von Cannabisblüten entsprechend den bereits zuvor erteilten und von der Bekl. bis zum 29.02.2020 akzeptierten ärztlichen Verordnungen der Frau R. zu erteilen.

b) Chronisches Schmerzsyndrom: Standardtherapie

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.06.2025 - L 16 KR 203/23

RID 26-02-31

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 31 VI

Der **Einführung des Cannabisgesetzes** liegt eine neue Risikobewertung durch den Gesetzgeber zugrunde. Allerdings hat der Gesetzgeber den Tatbestand des § 31 Abs. 6 SGB V nicht geändert, sodass seine Risikobewertung im Hinblick auf die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter mit Cannabis unverändert geblieben ist.

Es besteht kein Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung der vertragsärztlichen Verordnung von Cannabisblüten, wenn zur Behandlung der Erkrankung **allgemein anerkannte**, dem medizinischen Standard entsprechende **Leistungen zur Verfügung stehen**. **Komplex traumatisierte** Menschen benötigen zumeist eine spezifische und qualifizierte Traumatherapie. Für ein **psychogenes Schmerzsyndrom** steht eine multimodale Schmerztherapie unter Einschluss von geeigneten Psychopharmaka, aber auch intensiver psychotherapeutischer und physiotherapeutischer Maßnahmen als Alternative zu einer Cannabistherapie zur Verfügung.

Es fehlt an einer **begründeten Einschätzung**, wenn keine Abwägung von Nutzen und Risiken etwaiger Standardtherapien mit der (fortlaufenden) Verordnung von Cannabinoiden erfolgt

SG Köln, Urt. v. 31.01.2023 - S 21 KR 1170/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 10.02.2026 - B 1 KR 44/25 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

c) Chronische Kopfschmerzen sowie psychologische Beeinträchtigungen

LSG Hamburg, Urteil v. 17.04.2026 - L 1 KR 41/25

RID 26-02-32

www.juris.de

SGB V § 31 VI

Das Sozialgericht hat in nicht zu beanstandender Weise abgeleitet, dass

- 1) anerkannte **alternative Therapieformen** bestehen (§ 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 1a) SGB V),
- 2) die hausärztliche Einschätzung den vom BSG gestellten Anforderungen schon deshalb nicht genügt, weil sie auf die alternative Therapieform der **multimodalen Schmerztherapie** in keiner Weise eingeht (§ 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 1b) SGB V) und
- 3) keine nicht ganz entfernt liegende **Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung** auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht (§ 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB V).

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 04.04.2025 - S 63 KR 1816/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Vegetarische Verdauungsenzyme bei Bauchspeicheldrüsenschwäche (Nortase®)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 23.12.2025 - L 1 KR 408/25 B ER

RID 26-02-33

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I, 31 I, 34 I, 92 I 2 Nr. 6

Leitsatz: Aus der **Glaubensfreiheit** folgen keine krankenversicherungsrechtlichen Leistungsansprüche (hier: **Vegetarische Verdauungsenzyme bei Bauchspeicheldrüsenschwäche**; Anschluss an BSG, Urt. v. 02.11.2007 - B 1 KR 11/07 R - SozR 4-2500 § 60 Nr. 3).

SG Potsdam, Beschl. v. 12.11.2025 - S 28 KR 317/25 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

3. Abmagerungsmittel bei krankhafter Adipositas

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 05.03.2026 - L 5 KR 108/25

RID 26-02-34

Revision anhängig: B 1 KR 13/26 R

www.juris.de

SGB V § 34 I 7 bis 9; GG Art. 2 I, II

Der **Leistungsausschluss** für Arzneimittel zur Regulierung des Körpergewichts nach Maßgabe des § 34 Abs. 1 S. 7 bis 9 SGB V greift auch dann, wenn diese der notwendigen Behandlung einer **krankhaften Adipositas** dienen.

SG Mainz, Urt. v. 16.06.2025 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Arzneimittel Mounjaro(Tirzepatid) zur Behandlung einer Adipositas

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 28.04.2026 - L 16 KR 161/26 B ER

RID 26-02-35

www.juris.de

SGB V §§ 27 I 1 Nr. 3, 31 I 1, 34 I 7 u. 8, 92 I 2 Nr. 6; SGG § 86b II

Das Arzneimittel **Mounjaro (Tirzepatid)** zur Behandlung einer Adipositas ist gemäß § 34 Abs. 1 S. 7 u. 8 i.V.m. den Arzneimittel-RL ausgeschlossen, denn der GBA hat Mounjaro ausdrücklich in der Anlage II „Verordnungsausschluss von Arzneimitteln zur Erhöhung der Lebensqualität gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V (**Lifestyle Arzneimittel**)“ aufgeführt. Für eine von Einzelfallprüfung ist angesichts des detaillierten abschließenden Regelungssystems und der genannten rechtlichen Voraussetzungen kein Raum.

SG Oldenburg, Beschl. v. 16.03.2026 - S 63 KR 14/26 - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

V. Hilfsmittel

1. Therapieliegedreirad mit Elektrounterstützung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.02.2026 - L 5 KR 25/24

RID 26-02-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Für den **Nahbereich** kann angesichts veränderter Angebotsstrukturen für die üblichen Alltagsverrichtungen und eines zurückgehenden Anteils der üblicherweise zu Fuß zurückgelegten Wegstrecken - 2017 im Mittel 1,7 km täglich - einerseits und einem vielfach auf andere Felder verlagerten Bewegungsverhalten andererseits nicht mehr in gleicher Weise typisierend ausgegangen werden (vgl. BSG, Urt. v. 18.04.2024 - B 3 KR 7/23 R - FEVS 76, 167, juris Rn. 30). Das erlaubt es, die Reichweite der als Freizeitwege umschriebenen Wege zur Aufrechterhaltung der körperlichen Vitalfunktionen und der Erschließung des für die seelische Gesundheit elementaren geistigen Freiraums dem zwischenzeitlich veränderten Bewegungsverhalten vieler nicht mobilitätsbeeinträchtigter Personen anzugleichen, sofern Versicherte den anzuerkennenden Nahbereich der Wohnung in Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts unter Einsatz ihrer Körperkraft erschließen möchten (vgl. BSG, Urt. v. 07.05.2020 - B 3 KR 7/19 R - SozR 4-2500 § 55 Nr. 54, juris Rn. 30).

SG Reutlingen, Urt. v. 28.11.2023 - S 9 KR 302/22 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. noch 3.907,38 € für die Anschaffung des Therapieliegedreirades TRIX mit Elektrounterstützung und Zubehör zu erstatten.

2. Neurostimulations-Ganzkörperanzug (Exopulse Mollii Suit)

a) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.12.2025 - L 10 KR 325/25

RID 26-02-37

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33 I, 135 I

Der Exopulse Mollii Suit ist **kein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich**, sondern jedenfalls auch eines zur Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung, das als **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** in der vertragsärztlichen Versorgung nur erbracht werden darf, wenn der GBA entsprechende Empfehlungen abgegeben hat, woran es vorliegend aber fehlt. Es handelt sich auch nicht um ein Pflegehilfsmittel.

SG Köln, Gerichtsbl. v. 27.03.2025 - S 31 KR 1003/24 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.12.2025 - L 10 KR 664/24

RID 26-02-38

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.12.2025 - L 10 KR 721/24

RID 26-02-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) Abgrenzung einer Krankenbehandlung zu Teilhabeleistungen

LSG Sachsen, Beschluss v. 11.02.2026 - L 1 KR 238/25 B ER

RID 26-02-40

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I 1; SGB IX §§ 14 II 1, 90, 112, 113

Leitsatz: 1. Ein Hilfsmittel zur Sicherung der **Krankenbehandlung** - hier Neurostimulations-Ganzkörperanzug Exopulse Suit - kann nicht nach dem Recht der **Eingliederungshilfe** beansprucht werden.

2. Für die **Abgrenzung von Krankenbehandlung zu Teilhabeleistungen** kommt es darauf an, ob das Hilfsmittel in erster Linie auf den regelwidrigen bzw. funktional beeinträchtigten Körperzustand mit dem Ziel der Heilung oder Besserung in einem kurativ-therapeutischen Sinne einwirkt oder ob es an den Folgen des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes ansetzt und die beeinträchtigte Funktion ausgleicht oder ersetzt.

3. Dass der durch den Einsatz des Hilfsmittels erzielte **Erfolg der Krankenbehandlung** mittelbar auch der **Teilhabe an Bildung und der sozialen Teilhabe** dient, ist dabei unbeachtlich.

SG Chemnitz, Beschl. v. 02.10.2025 - S 18 KR 240/25 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

3. Leistungen zur Versorgung von Blindenführhunden: Antragspflicht

SG Hannover, Urteil v. 24.02.2026 - S 92 KR 414/23

RID 26-02-41

www.juris.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: Auch für die medizinische **Versorgung von** von der Krankenkasse gewährten **Blindenführhunden** gilt das **Sachleistungsprinzip** und entsprechende Versorgungsleistungen sind vorab zu **beantragen**.

Die Kl. begehrte die Erstattung von Physiotherapie-Behandlungen ihres Blindenführhundes in Höhe von 1.105 €. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Hörgeräteversorgung

a) Überlegenheit des Überfestbetragshörgeräts aufgrund subjektiven Empfindens

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.01.2026 - L 11 R 1917/24

RID 26-02-42

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I; SGB IX §§ 14 I, 18 VI

Leitsatz: Erzielt ein beidseits an Taubheit grenzender Schwerhöriger im **Freiburger Einsilbertest** mit einem Festbetragshörgerät **identische Ergebnisse** wie mit einem Überfestbetragshörgerät, kommt ein über den Festbetrag hinausgehender Anspruch trotzdem in Betracht, wenn sich eine **Überlegenheit des Überfestbetragshörgeräts** nachvollziehbar aufgrund des **subjektiven Empfindens** des Hörgeschädigten belegen lässt.

Unterlässt der **Versicherungsträger** eine weitergehende medizinische Aufklärung, geht das Risiko nachträglicher **Unaufklärbarkeit** zu seinen Lasten.

SG Stuttgart, Urt. v. 24.04.2024 - S 5 R 3801/21 - verurteilte die bekl. Rentenversicherungsträgerin, der kl. Versicherten 2.165 € zu erstatten, das **LSG** wies die Berufung der beigel. Krankenkasse zurück.

b) Unterschied von 5%-Punkten im Sprachverstehen/Tätigkeit als Betreuungsassistent

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.01.2025 - L 11 KR 131/23

RID 26-02-43

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Selbst ein **Unterschied von 5%-Punkten im Sprachverstehen** zwischen einem aufzahlungsfreien und einem höherpreisigen Hörgerät ist nicht wesentlich. Der Freiburger Sprachtest ist ein geeignetes Mittel, um die Güte eines Hörsystems auch im Störschall bewerten zu können.

Die Anforderungen an die Hörfähigkeit während einer **Tätigkeit als Betreuungsassistent** in einem Seniorenheim gehen nicht über den alltäglichen Höranspruch hinaus und erfordern keine arbeitsplatzspezifischen Anforderungen an das Hören.

SG Heilbronn, Urt. v. 16.11.2022 - S 10 KR 2772/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Hörverbesserung durch mehr Kanäle/Wiederholung eines Hörtests

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.01.2025 - L 4 KR 444/22

RID 26-02-44

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Hörgeräte, die über **mehr Kanäle** verfügen als zum Festbetrag erhältliche Hörgeräte, können schon deshalb zu einer wesentlichen **Hörverbesserung** führen, weil sie eine Überverstärkung in denjenigen Frequenzbereichen vermeiden, die an die von einer Hörstörung betroffenen Frequenzbereiche angrenzen.

2. Zweifeln an den Ergebnissen eines **Hörtests** ist durch dessen (ggf. auch mehrfache) **Wiederholung** und der darauf aufbauenden Bildung von Mittelwerten zu begegnen, nicht aber durch Rundungen des einmalig durchgeführten Tests zulasten der Versicherten.

3. Der Anspruch Versicherter auf Versorgung mit Hörhilfen nach § 33 SGB V ist nicht auf den Festbetrag beschränkt, wenn ein **um 5 % besseres Sprachverstehen** nur mit nicht zum Festbetrag erhältlichen Hörhilfen möglich ist.

4. Leitet eine Krankenkasse einen Antrag auf Versorgung mit Hörhilfen nach Bewilligung des Festbetrags bezüglich der darüber hinausgehenden Kosten an einen **anderen Rehabilitationsträger** weiter, ist dies rechtswidrig und daher wirkungslos.

SG Berlin, Urt. v. 23.11.2022 - S 221 KR 79/21 - verurteilte die Bkl., der Kl. den für die Hörgeräteversorgung aufgewandten Eigenanteil von 3.030 € zu erstatten; das **LSG** wies die Berufung zurück.

VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation

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 Strafgerichte dadurch gekennzeichnet, dass der Verurteilte sich nicht mehr im Strafvollzug befindet, die Strafvollstreckung aber noch nicht beendet ist. Der **Ruhenstatbestand 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 Ruhenstatbestands 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 Ruhenstatbestand 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) Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und (Behandlungs-) Sicherungspflege

SG Augsburg, Urteil v. 10.02.2026 - S 2 KR 116/25

RID 26-02-45

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37b; SGB X §§ 103, 104

Leitsatz: 1. Dient die Leistung der Bewältigung von Anforderungen des Schulalltags (**Integrationshelfer/Teilhabeassistent**), ist der Bedarf der **Eingliederungshilfe** zuzuordnen. Handelt es sich dagegen um die Notwendigkeit, die **körperliche Situation zu beobachten** und ggf. in medizinisch-pflegerischer Hinsicht zu intervenieren, so handelt es sich um häusliche Krankenpflege in Form der Sicherungspflege (vgl. SG Darmstadt, Urt. v. 07.02.2025 - S 13 KR 262/23 - RID 25-01-51).

2. Die **Abgrenzung** zwischen **Eingliederungshilfe** einerseits und (Behandlungs-) **Sicherungspflege** andererseits hat nach der Zielrichtung der Leistung bzw. dem Leistungszweck zu erfolgen (vgl. zu Hilfsmitteln BSG, Urt. v. 19.05.2009 - B 8 SO 32/07 R - BSGE 103, 171 = SozR 4-3500 § 54 Nr. 5, juris Rn. 17, und Urt. v. 29.09.2009 - B 8 SO 19/08 R - SozR 4-3500 § 54 Nr. 6, juris Rn. 21). Die Leistungszwecke können sich im Einzelfall zwar überschneiden, die Leistungen der Eingliederungshilfe verfolgen jedoch mit der Erleichterung des Schulbesuchs über die Zwecke der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Ziele (BSG, Urt. v. 29.09.2009 - B 8 SO 19/08 R - SozR 4-3500 § 54 Nr. 6, juris Rn. 21).

3. Dem Anspruch nach § 37 SGB V steht nicht entgegen, dass die Leistung durch Hilfskräfte erbracht wird. Die Leistung nach § 37 SGB V ist eine **ergänzende nichtärztliche Heilhilfsleistung**, die von medizinischem Hilfspersonal oder Laien erbracht werden kann (§ 37 SGB V Juris-PK Rn 75).

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem kl. Sozialleistungsträger Aufwendungen in Höhe von 59.857,70 € für den Zeitraum 13.09.2022 bis 30.11.2024 zu erstatten.

b) Keine Behandlungspflege während eines stationären Krankenhausaufenthalts

LSG Sachsen, Urteil v. 24.03.2026 - L 1 KR 250/21

RID 26-02-46

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 11 III, 13 III 1, 37, 39 I, 108

Leitsatz: 1. Ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) in Form der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V besteht während der **Zeit eines stationären Krankenhausaufenthalts** nicht. Ein Krankenhaus, erst recht ein zur Maximalversorgung zugelassenes, ist kein geeigneter Ort im Sinne von § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V, an dem zur Sicherung des Ziels einer ambulanten ärztlichen Behandlung HKP als Behandlungspflege erbracht werden kann.

2. Die zusätzliche Erbringung ambulanter Leistungen der HKP würde eine **unzulässige Doppelleistung** darstellen, weil die im Bereich der vollstationären Krankenhausbehandlung zu erbringenden behandlungspflegerischen Leistungen deckungsgleich mit den ambulanten Leistungen der Behandlungspflege im Rahmen der HKP sind.

SG Dresden, Urt. v. 25.06.2021 - S 47 KR 328/19 -wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Außerklinische Intensivpflege: Anordnungsgrund und Vorfinanzierung der Leistung

SG Braunschweig, Beschluss v. 17.02.2026 - S 26 KR 37/26 ER

RID 26-02-47

www.juris.de

SGB V § 37c; SGG § 86b II

Die der Ast. drohende Gefahr für ihre Gesundheit ist angesichts des im Raum stehenden Erstickungstodes durch Schleimbildung erheblich. Allerdings ist im Rahmen des **Anordnungsgrundes** auch zu berücksichtigen, ob die Ast. die ihr drohende Gefahr für ihre Gesundheit zunächst selbst durch **Vorfinanzierung der Leistung** abwenden kann und muss, soweit ihr dies wirtschaftlich zumutbar ist.

Das **SG** lehnte den Antrag, die Ag. zu verpflichten, die außerklinische Intensivpflege auch über den 28.02.2026 hinaus für 24 Stunden täglich zu gewähren, ab.

d) Anspruch auf Kostenerstattung: Fehlender Nachweis von Kosten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.09.2025 - L 16 KR 18/24

RID 26-02-48

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 37

§ 37 Abs. 4 SGB V gibt den Versicherten eine über § 13 Abs. 3 und § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V hinausgehende Möglichkeit, für häusliche Krankenpflege **Kostenerstattung** oder Freistellung von entstandenen Zahlungsansprüchen zu verlangen. Voraussetzung ist jedoch jedenfalls der **Nachweis** des Versicherten, dass er sich einem **Zahlungsanspruch auch tatsächlich ausgesetzt** sieht.

SG Köln, Gerichtsb. v. 05.12.2023 - S 17 KR 609/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 07.01.2026 - B 3 KR 26/25 BH - juris lehnte den Antrag der Kl., ihr für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision Prozesskostenhilfe zu bewilligen und einen Rechtsanwalt beizuordnen, ab.

e) Kein Erstattungsanspruch bei fehlendem Pflegevertrag

LSG Hamburg, Urteil v. 24.07.2025 - L 1 KR 115/23 D

RID 26-02-49

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37

Fehlt es an einem **Vertragsschluss** zwischen dem Versicherten und dem Pflegedienst, so kommt ein **Erstattungsanspruch** des Versicherten gegenüber der Krankenkasse schon aus diesem Grund nicht in Betracht.

SG Hamburg, Urt. v. 02.05.2023 - S 59 KR 2133/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Rehabilitation im EU-Ausland: Behandlung einer vermehrten Spastik

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 18.11.2025 - L 10 KR 115/22

RID 26-02-50

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, IV, 40

Leitsatz: 1. Die Regelung des § 13 Abs. 4 SGB V für einen **Kostenerstattungsanspruch** gegen die Krankenkasse erweitert zwar die Auswahl von Leistungserbringern zur Erfüllung des Behandlungsanspruchs nach Maßgabe des SGB V, dehnt jedoch nicht den **Leistungskatalog** aus, den ein Versicherter nach dem SGB V mit dem Wohnsitzstaat Deutschland gegen seine Krankenkasse in Anspruch nehmen kann.

2. Ein **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 Abs. 4 SGB V für eine stationäre **Rehabilitationsleistung** nach § 40 SGB V entsteht nur dann, wenn der Versicherte einen Anspruch auf Genehmigung einer stationären Rehabilitationsbehandlung als Sachleistung hatte und die Krankenkasse bei ihrer Auswahlentscheidung nur eine Durchführung in der im **EU-Ausland** gelegenen Einrichtung ohne Ermessensfehler (Ermessensreduktion auf „Null“) hätte genehmigen dürfen.

3. Ein Erstattungsanspruch nach § 13 Abs. 4 SGB V besteht ferner nur dann, wenn der Versicherte durch die in einem Mitgliedstaat der EU in Anspruch genommene Rehabilitationsbehandlung eine Sachleistung erhält, die dem **SGB V-Standard für im Inland** erbrachte Sachleistungen entspricht.

SG Kiel, Gerichtsbs. v. 30.08.2022 - S 3 KR 424/17 - gab der Klage im Wesentlichen statt und verurteilte die Bekl. zur Kostenerstattung i.H.v. 5.733,36 €, im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** wies die Klage insgesamt ab

VII. Angelegenheiten der Krankenhäuser

Nach BSG, Urt. v. 26.03.2026 - **B 1 KR 5/25 R** - muss das im OPS 8-550 (**Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**) genannte Mindestmerkmal des **teamintegrierten Einsatzes von mindestens zwei Therapiebereichen** nicht in jeder Behandlungswoche erfüllt werden. Die von der Krankenkasse nach § 8 S. 2 Prüfverfahrensvereinbarung 2016 mitzuteilenden wesentlichen Gründe der abschließenden Entscheidung sind nicht verbindlich. Als Darlegung der geforderten wesentlichen Gründe **genügt es bei einer Kodierprüfung, in groben Zügen zu umreißen, aus welchen Gründen die Krankenkasse die Kodierung als nicht korrekt erachtet**. Die Mitteilung aller denkbaren Einwände gegen die Kodierung ist nicht gefordert. Die Prüfverfahrensvereinbarung 2016 bietet keine Grundlage, die Krankenkasse im gerichtlichen Verfahren mit weiteren Begründungen für die mitgeteilte Korrektur der Kodierung auszuschließen. Ein solcher Ausschluss wäre auch von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht gedeckt. Nach BSG, Urt. v. 26.03.2026 - **B 1 KR 3/25 R** - kann ein Krankenhaus, das nach § 116b Abs. 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** nicht abrechnen. Die Anforderungen der Onkologie-Vereinbarung sind **auf Vertragsärzte ausgerichtet**. Ihr Zweck besteht darin, das ambulante Behandlungssetting der vertragsärztlichen Versorgung an ein stationäres Behandlungssetting anzunähern. Die hierfür vorgesehenen Kostenpauschalen sollen den dadurch zusätzlich entstehenden, im EBM so nicht abgebildeten Kostenaufwand abdecken. Ein solcher zusätzlicher Kostenaufwand entsteht bei den Krankenhäusern aber nicht, da es sich hier um Sowieso-Kosten handelt. Nach BSG, Urt. v. 26.03.2026 - **B 1 KR 6/25 R** - gilt die **zweijährige Verjährungsfrist** nach § 109 Abs. 5 S. 1 SGB V auch für **Vergütungsansprüche nach § 116b SGB V** in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung. Nach BSG, Urt. v. 26.03.2026 - **B 1 KR 16/25 R** - rechtfertigt der bloße **Verdacht auf eine angeborene Infektion** nicht die Kodierung von P37.9 nicht; insoweit ist P39.9 vorrangig. Nach BSG, Urt. v. 26.03.2026 - **B 1 KR 1/25 R** - ist die durch Krankenkassenverbände erfolgende **Ablehnung**, einen vom Krankenhaus gewünschten **Versorgungsvertrag** nach § 108 Nr. 3, § 109 Abs. 1 S. 1 SGB V abzuschließen, **kein Verwaltungsakt**. Dem **Krankenhausplan** kommt hinsichtlich der Bedarfsfeststellung zwar keine Tatbestands- oder Bindungswirkung zu. Die Gerichte können aber auf die im Krankenhausplan ausgewiesenen Bedarfe und deren Deckung durch die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser zurückgreifen. Es verbleibt den Gerichten zu prüfen, ob die dem Krankenhausplan zugrundeliegenden Berechnungen zutreffen und eine entsprechende Umsetzung erfahren haben. Diese Prüfung und eine dazu gegebenenfalls erforderliche Ermittlung von Amts kann sich **ohne weitere Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Festlegungen des Krankenhausplans auf eine Plausibilitätsprüfung beschränken**. Anlass zu Ermittlungen besteht erst, wenn Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Festlegungen des Krankenhausplans zum Bedarf und zur Bedarfsdeckung im fachlichen Vergleichsbereich und räumlichen Einzugsbereich des Krankenhauses offensichtlich sind oder von einem Beteiligten aufgezeigt werden.

Nach BSG, Urt. v. 28.01.2026 - **B 1 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 1 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 1 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) Verdacht auf eine amyotrophe Lateralsklerose

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.01.2026 - L 4 KR 56/24
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 116

RID 26-02-51

Die **stationäre Behandlung** kann zum **Ausschluss einer Motoneuronerkrankung** bei Verdacht auf eine Myopathie mit Differentialdiagnose Myositis und ALS im Kontext einer Spinalstenose erforderlich sein.

SG Ulm, Gerichtsbb. v. 15.11.2023 - S 1 KR 1772/19 - wies die Klage der Krankenkasse gegen die Krankenhausträgerin ab, das **LSG** die Berufung zurück.

bb) Fehlender Nachweis für Notwendigkeit einer multimodalen Schmerztherapie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 29.09.2025 - L 4 KR 278/23
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

RID 26-02-52

Die **Erforderlichkeit einer stationären Behandlung** ist nicht bereits bei einem chronischen Schmerzzustand gegeben, wenn zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme keine der dargelegten, für eine vollstationäre Behandlungsnotwendigkeit sprechenden **Indikationen** vorliegen und Begleiterkrankungen, die eine stationäre Überwachung und/oder Mitbehandlung erforderlich machen, **nicht dokumentiert** sind und eine Entzugsbehandlung nicht erforderlich ist.

SG Reutlingen, Urt. v. 23.09.2022 - S 10 KR 1620/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.512,56 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

cc) Stationäre Behandlung bei vierstündiger Behandlung: Vorhalt einer Sectiobereitschaft

LSG Hamburg, Urteil v. 18.09.2025 - L 1 KR 41/24 ZVW P
www.juris.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV, 112 II; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1; KHG § 17b

RID 26-02-53

Nach dem Konzept des BSG ist es nicht zulässig, in einem **Regelfall** (also einem **Fall ohne besondere Risikofaktoren**) schon vor dem Wendungsversuch von einer **vollstationären Behandlungsnotwendigkeit** bei einer Geburt auszugehen. Auf die faktischen Kapazitäten eines Krankenhauses kommt es nicht an. Von daher kommt dann bei Aufnahme nur eine teilstationäre Behandlung in Betracht.

SG Hamburg, Urt. v. 01.04.2021 - S 57 KR 2790/19 WA - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 612,91 € nebst Zinsen und 300 € Aufwandspauschale. **LSG Hamburg**, Urt. v. 22.09.2022 - L 1 KR 77/21 - RID 23-01-78 wies die Berufung der Bekl. unter Änderung des Zinsanspruchs zurück. **BSG**, Urt. v. 20.03.2024 - B 1 KR 37/22 R - BSGE 137, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 38 verwies auf Revision der Bekl. die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück. Das **LSG** hob nunmehr die Vorinstanz insoweit auf, als die Bekl. zur Zahlung von mehr als 511,97 € nebst Zinsen verurteilt worden ist. Insoweit wies es die Klage ab. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

dd) Reanimationsfall: Vollstationäre Behandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.02.2026 - L 11 KR 151/24 KH

RID 26-02-54

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Isoliert betrachtet gehören die **eingesetzten Mittel - die Reanimationsversuche** mit der Gabe von Suprarenin, das EKG und die BGA - zwar **nicht zu den besonderen Mitteln des Krankenhauses** und sind ambulant erbringbar. Für die rechtliche Qualifizierung eines kurzzeitigen, aber intensiven Mitteleinsatzes als vollstationäre Behandlung ist es aber unerheblich, ob einzelne Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abbildbar und daher ambulant erbringbar sind (vgl. BSG, Urt. v. 29.08.2023 - B 1 KR 15/22 R - BSGE 136, 237 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 92, juris Rn. 18).

Für eine **intensive Inanspruchnahme der Ressourcen des Krankenhauses** spricht bereits, dass nach dem Behandlungsplan jedenfalls zwei Ärzte verschiedener Disziplinen erforderlich und auch anwesend waren. Bei Reanimationsfällen werden die gesamten Ressourcen des Schockraums vollständig vorgehalten. In diesem Rahmen kümmert sich ein Team von sechs bis sieben Mitarbeitenden, von denen mindestens zwei Ärzte sind, ununterbrochen und mit verschiedenen Aufgaben betraut um den Patienten. Von einer (konkludenten) stationären Aufnahme ist auch deshalb auszugehen, weil das Krankenhaus **intensivmedizinische Behandlungsressourcen** ausschließlich für den Versicherten freigehalten und entsprechende Vorkehrungen im Rahmen der Dienst- und Raumbelastungspläne getroffen hat.

Angesichts einer **Lebensbedrohlichkeit** der Situation für den Versicherten ist von der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V auszugehen.

Ein Anspruch auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** besteht auch, wenn die Prüfung zwar zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, aber die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse falsch und die Aufrechnung unberechtigt ist.

SG Düsseldorf, Urt. v. 15.02.2024 - S 15 KR 482/21 KH - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.096,60 € nebst Zinsen zu zahlen.

ee) Konkludente stationäre Aufnahme reanimationspflichtiger Patienten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.03.2026 - L 5 KR 2787/25

RID 26-02-55

Revision anhängig: B 1 KR 17/26 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 275c, 301; KHG § 17c

Leitsatz: 1. Ohne vorheriges Abrechnungsprüfverfahren nach § 275c SGB V bedarf es keiner einzelfallbezogenen Erörterung nach § 17c Abs. 2b KHG als **Prozessvoraussetzung**.

2. Die Behandlung **reanimationspflichtiger Patienten** und Patientinnen im **Schockraum** eines Krankenhauses begründet regelmäßig eine konkludente **stationäre Aufnahme**.

3. Mit einer **Kodierung** einer **kardialen oder kardiopulmonalen Reanimation** (OPS 8-771) ist regelhaft der für eine konkludente Aufnahme in das Krankenhaus erforderliche intensive Mitteleinsatz verbunden. Es bedarf deshalb keiner weiteren Begründung zur Herbeiführung der Fälligkeit der Vergütung.

SG Ulm, Urt. v. 07.05.2025 - S 10 KR 1968/24 - verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 1.503,13 € nebst Zinsen zu bezahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Listung im Katalog ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog)

aa) Begründung für stationären Aggregatwechsel am Herzschrittmacher

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.03.2026 - L 5 KR 2980/25

RID 26-02-56

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 301; KHG § 17c; AOP-Vertrag 2024

Leitsatz: 1. Für die **Begründung der stationären Aufnahme** bei regelhaft ambulant durchführbaren Operationen (hier: Aggregatwechsel am Herzschrittmacher) genügt es, wenn das Krankenhaus der

Krankenkasse Gründe für die stationäre Behandlung mitteilt, die sich auf den konkreten Einzelfall beziehen.

2. Die Begründung unterliegt **keiner Ausschlussfrist**. Sie ist allein Voraussetzung für die Fälligkeit der Vergütung und kann auch noch nach Übermittlung der Schlussrechnung erfolgen. Eine Korrektur der Abrechnung im Sinne des § 17c Abs. 2a KHG ergibt sich dadurch nicht.

SG Ulm, Urt. v. 29.08.2025 - S 10 KR 1469/24 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.980,85 € nebst Zinsen zu bezahlen, und wies im Übrigen (soweit Zinsen seit 11.02.2024 beantragt waren) die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

bb) Begründung für stationären Verschluss einer Hernia/Einwendungsausschluss

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.03.2026 - L 11 KR 1932/25

RID 26-02-57

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 301; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Das Krankenhaus durfte den regelmäßig **ambulant** durchführbaren Eingriff (OPS-Kode 5-530.31) hier ausnahmsweise aufgrund des Vorliegens fall- bzw. patientenindividueller Gründe **stationär erbringen**. Die Bekl. ist mit **Einwendungen** hiergegen ausgeschlossen, weil sie **kein Prüfverfahren** nach § 275 Abs. 1c SGB V durchgeführt hat. Die erst drei Tage nach der Schlussrechnung nachgereichte „Medizinische Begründung“ führt weder dazu, dass die Kl. mit dieser Begründung materiell präkludiert, noch, dass eine Ausschlussfrist eingetreten wäre.

SG Ulm, Urt. v. 14.05.2025 - S 8 KR 500/24 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.875,56 € nebst Zinsen zu zahlen; das **LSG** wies die Berufung unter Abänderung der Zinsentscheidung zurück.

cc) Fallindividuelle Begründung für stationär durchgeführte Hornhautoperation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.03.2026 - L 11 KR 3927/25

RID 26-02-58

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 115, 301; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Eine **stationäre Behandlung** kann notwendig sein, wenn anstelle von den in Anlage 2 der Vereinbarung zum ambulanten Operieren genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vorliegen, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist (vgl. § 8 Abs. 4 AOP-Vertrag). Die **medizinische Begründung** einer Hornhautoperation ist ausreichend **fallindividuell**, wenn auf starke Schmerzen wegen eines Defektes der Hornhaut und wegen des verabreichten Zellgifts Mitomycin C auf ein besonderes Infektionsrisiko hingewiesen wird.

SG Freiburg, Urt. v. 19.11.2025 - S 2 KR 1009/25 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

dd) Begründung für stationären Eingriff in der Mundhöhle

SG Detmold, Gerichtsbescheid v. 12.03.2026 - S 32 KR 606/25

RID 26-02-59

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 10 KR 211/26 KH -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Eine **Begründung** für die **stationäre Behandlung** ist ausreichend, wenn sie fallindividuell ist, da sie Bezug nimmt auf die konkret durchgeführte Behandlung (Mikrolaryngoskopie und Oropharyngoskopie mit Exzisionsbiopsie, Verwendung eines starren Instruments, dabei Manipulation im Bereich des Larynx und Biopsie am Mundboden).

Dem Nachtrag zur Fortschreibung der § 301 Vereinbarung nach § 301 SGB V v. 29.03.2023 (Nachträge zu Anlage 5, Ziff. 2.8, 1.2.3) lässt sich ein dauerhafter Ausschluss des Vergütungsanspruches wegen nicht übermittelter oder **zu spät übermittelter Begründung** nicht entnehmen.

Aus Anlage 5 zur Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V (Datenübermittlungs-Vereinbarung, Stand 07.07.2025, Seite 320) folgt, dass die Angabe einer **Einweisungsdiagnose** durch das Krankenhaus entfällt, wenn der Verordnungsvordruck keinen Diagnoseschlüssel/keine Spezifizierung enthält.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 2.044,97 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Vergütungsfähigkeit einer vollstationären Infusionstherapie mit Ilomedin®

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 15.01.2026 - L 6 KR 57/21

RID 26-02-60

www.juris.de

SGB V § 137c III

Leitsatz: 1. Die **intravenöse Applikation von Arzneimitteln durch Injektionen** in den menschlichen Körper ist als wissenschaftliches Konzept schon lange bekannt und stellt deshalb keine **Behandlungsmethode** im Sinne von § 137c SGB V dar.

2. § 137c Abs. 3 SGB V schränkt das **allgemeine Qualitätsgebot** nur partiell und nur insoweit ein, wie der Anwendungsbereich dieser Norm überhaupt reicht (Behandlungsmethoden). Im Falle einer (vorliegend verneinten) **neuen Behandlungsmethode**, die zugleich den **Off-Label-Use** eines Fertigarzneimittels beinhaltet, wäre deshalb zu verlangen, dass sowohl die Voraussetzungen für die Behandlungsmethode als auch diejenigen für den Off-Label-Use erfüllt sind. Letztere richten sich im Krankenhaus nach den gleichen Maßstäben wie in der vertragsärztlichen Versorgung.

SG Schwerin, Gerichtsbb. v. 21.06.2021 wies die Klage ab, das **LSG** wies die Berufung zurück.

d) Aufrechnung

aa) Aufrechnungsverbot: Erstattungsforderung aus dem Jahr 2021

SG Dortmund, Urteil v. 11.11.2025 - S 78 KR 273/23 KH

RID 26-02-61

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 5/26 R

www.juris.de

SGB V § 109 VI 1

Leitsatz: Für ab dem 01.01.2022 erklärte Aufrechnungen gilt auch dann das **Aufrechnungsverbot** des § 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V, wenn 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 aufrechnet.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.350 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Aufrechnungsverbot und maßgebliche Forderung

SG Detmold, Urteil v. 11.03.2026 - S 10 KR 1363/23

RID 26-02-62

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 106 I, 109 VI

Die PrüfvV 2022 enthält eine abweichende Regelung von § 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V nicht mehr. Es gilt das **gesetzliche Aufrechnungsverbot** nach § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V. Für die Anwendung der PrüfvV 2022 ist nicht auf die streitige Forderung aus der Behandlung des Versicherten abzustellen, sondern auf die **unstreitige Forderung, gegen die verrechnet wurde** (vgl. auch SG München, Urt. v. 11.12.2024 - S 39 KR 1451/23 - juris, RID 25-01-69). Denn für die Frage, welche PrüfvV Anwendung findet, kommt es auf das Jahr des Entstehens der Forderung an, gegen die die Aufrechnung vorgenommen wurde (vgl. mit weiterer Begründung auch SG Freiburg, Urt. v. 17.10.2024 - S 13 KR 1717/23 -).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 3.496,78 € nebst Zinsen zu zahlen.

cc) Berechtigung zur Aufrechnung nach Rückgabe des Prüfauftrags

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 21.01.2026 - L 10 KR 606/24 KH

RID 26-02-63

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 69 I 3; BGB §§ 387, 389

Eine **Krankenkasse** ist zur **Aufrechnung** berechtigt, obwohl der MDK/MD keine gutachtliche Stellungnahme erstattet, sondern den Prüfauftrag letztlich unverrichteter Dinge an die Krankenkasse

zurückgibt. Es fehlt deshalb nicht an einer leistungrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse i.S.d. PrüfvV 2016.

Dass eine **leistungrechtliche Entscheidung** i.S.d. § 8 S. 1 PrüfvV 2016 nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK ergehen dürfte, lässt sich dem Wortlaut der Vorschrift nicht entnehmen.

SG Köln, Urt. v. 10.07.2024 - S 47 KR 797/21 KH - juris verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.185,99 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

e) Verzinsung

aa) Verzinsung eines Kostenerstattungsanspruchs

SG Leipzig, Beschluss v. 19.02.2026 - S 1 SF 99/25 E

RID 26-02-64

www.juris.de

SGG § 197 I; VwGO § 161 I; ZPO § 104 I 2

Leitsatz: 1. In sozialgerichtlichen Verfahren nach § 197a SGG bedarf es auch dann einer gerichtlichen **Kostengrundentscheidung**, wenn die Beteiligten im Rahmen eines **außergerichtlichen Vergleichs** eine Regelung zur Kostentragung treffen.

2. Die **Verzinsung des Kostenerstattungsanspruchs** beginnt in diesen Fällen erst mit der Zustellung der Kostengrundentscheidung und nicht bereits mit dem Eingang des Kostenfestsetzungsantrags bei Gericht.

SG Leipzig, Beschl. v. 08.10.2025 - S 20 KR 842/22 KH - änderte den Kostenfestsetzungsbeschluss v. 08.10.2025 (S 20 KR 842/22 KH) dahingehend ab, dass die durch die Erinnerungsführerin an die Erinnerungsgegnerin zu erstattenden Kosten erst ab dem 02.12.2024 zu verzinsen sind.

bb) Folgen eines Anerkenntnisses: Zinsanspruch und Kostentragung

LSG Hamburg, Urteil v. 15.01.2026 - L 1 KR 64/24 KH

RID 26-02-65

www.juris.de

SGB V §§ 112, 301

Gibt die Krankenkasse für die Hauptforderung ein **Anerkenntnis** ab, folgt daraus akzessorisch die **Verpflichtung zur Zahlung der entsprechenden Zinsen**.

Eine Krankenkasse begibt sich durch ein Anerkenntnis in die Position des Unterlegenen. Dies führt regelmäßig zur Tragung der **Kostenlast**. Ein Abweichen von diesem Grundsatz bedarf einer besonderen Rechtfertigung.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 12.07.2024 - S 25 KR 1256/21 - gab der Klage, soweit sie sich nicht durch angenommenes Anerkenntnis erledigt hatte - statt und verpflichtete die Bekl. zur Zahlung der noch streitigen Zinsen und zur Tragung der Verfahrenskosten; das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. Annahme einer primären Fehlbelegung: Ausschluss des Einwands der sekundären Fehlbelegung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.03.2026 - L 5 KR 2711/23

RID 26-02-66

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 I; KHG § 17c

Leitsatz: Ist Gegenstand der **Einzelfallprüfung** (§ 275 Abs. 1c SGB V a.F.; jetzt § 275c SGB V) die primäre und sekundäre Fehlbelegung und stützt sich die Krankenkasse in ihrer abschließenden Entscheidung nach § 8 PrüfvV (2024) ausschließlich auf die **primäre Fehlbelegung**, ist sie im weiteren Verfahren mit dem Einwand der sekundären Fehlbelegung ausgeschlossen.

SG Stuttgart, Urt. v. 30.06.2023 - S 10 KR 5769/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 14.062,26 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** verurteilte auf die Berufung der Kl. die Bekl., an die Kl. darüber hinaus einen weiteren Betrag in Höhe von 6.489,07 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Fallpauschalen

a) Ermächtigung des DIMDI zur Änderung auch für die Vergangenheit (Rettungskette OPS 8-981)

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.01.2026 - L 10 KR 65/23

RID 26-02-67

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 301 II

Leitsatz: 1. Die **Beschlussfassung des DIMDI** vom 03.12.2018 für den OPS 8-981, kann nicht auf § 301 Abs. 2 S. 4 SGB V gestützt werden, da dieses Gesetz erst zum 1.1.2019 in Kraft getreten ist.

2. Die **Ermächtigung des DIMDI** in § 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V, „Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit“ vorzunehmen, hat keine Klarstellung normiert, sondern eine **konstitutive Wirkung** gehabt. Die Regelung des § 301 Abs. 2 S. 2 SGB V ermächtigte das DIMDI auch bis zum 31. Dezember 2018 nicht zu einer rückwirkenden Klarstellung oder Änderung von OPS. Ein solches rückwirkendes Vorgehen weicht von dem Grundsatz des DRG-Vergütungssystems als jährlich weiter zu entwickelnden „lernenden“ Systems ab, in dem auf Fehlsteuerungen erst und nur mit Wirkung für die Zukunft korrigierend reagiert wird. Daraus ergibt sich die konstitutive Wirkung der Ermächtigung des DIMDI durch § 301 Abs. 2 S. 4 SGB V m.W.z. 01.01.2019.

3. Die **Beschlussfassung des DIMDI** vom 3. Dezember 2018 für den OPS 8-981 m.W.z. 01.01.2014 ist keine Klarstellung, sondern eine konstitutive (rückwirkende) Änderung des Wortlauts. Denn das BSG hat den - insoweit identischen - Wortlaut des OPS 8-98b (2014) bereits dahingehend ausgelegt, dass unter der Formulierung „in höchstens halbstündiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende)“ nicht nur die reine Transportzeit zu verstehen ist (BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 10). Die Formulierung „das ist die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt“ beschreibt jedoch - identisch mit der reinen Transportzeit - nur die Zeit, die der Patient zwecks Beförderung vom erstbehandelnden Krankenhaus zum Kooperationspartner-Krankenhaus im Transportmittel verbringt und definiert eine Voraussetzung des OPS, die nach der Rspr des BSG ausgeschlossen werden sollte, so dass der OPS 8-981 konstitutiv geändert worden ist. Diese rückwirkende Änderung des OPS 8-981 durch das DIMDI m.W.z. 1. Januar 2014 verstößt außerdem gegen das Rückwirkungsverbot.

4. Für die Abrechnung von im Jahr 2014 durchgeführten stationären Krankenhausbehandlungen ist daher die Fassung des OPS 8-981 (2014) maßgeblich. Für die Feststellung einer „**höchstens halbstündigen Transportentfernung**“ i.S.d. Rettungskette (BSG aaO.) können Auswertung des örtlichen Rettungsdienstes herangezogen werden.

SG Schleswig, Urt. v. 20.12.2022 - S 5 KR 821/18 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bkl., an die Kl. 3.167,44 € nebst Zinsen zu zahlen.

Parallelverfahren:

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.01.2026 - L 10 KR 152/23

RID 26-02-68

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) Vorliegen mehrerer Leiden bei Aufnahme ins Krankenhaus

LSG Hamburg, Urteil v. 16.04.2026 - L 1 KR 65/24 KH

RID 26-02-69

www.juris.de

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

Nach BSG, Urt. v. 29.08.2023 - B 1 KR 25/22 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 25 Rn. 19 sind, wenn - ex-post betrachtet - schon bei **Aufnahme** ins Krankenhaus **mehrere Leiden** objektiv vorliegen, die stationär behandlungsbedürftig, diese - vorbehaltlich spezieller Regelungen - immer nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten. Das gilt unabhängig davon, welche Leiden bei der Aufnahmeuntersuchung erkannt wurden oder erkennbar waren (hier: Herzinsuffizienz anstatt Trikuspidalklappeninsuffizienz).

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 11.07.2024 - S 60 KR 705/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 16.04.2026 - L 1 KR 72/24 KH
www.juris.de

RID 26-02-70

c) Akut lebensbedrohliche Komplikation als Hauptdiagnose

LSG Hessen, Urteil v. 28.11.2024 - L 1 KR 99/23

RID 26-02-71

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 15/26 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b

Wird ein Patient mit einem vordiagnostizierten zentralen Pulmonalarteriensarkom stationär aufgenommen, um ausschließlich eine akut lebensbedrohliche mechanische Komplikation (hier: pulmonale Hypertonie) durch eine pulmonale Endarteriektomie, also die Beseitigung der Gefäßverengung, zu behandeln, ist die Komplikation als **Hauptdiagnose** zu kodieren. Die Auslegungsregel des Schlichtungsausschusses Bund vom 04.07.2016 zur DKR 0201 bestätigt diesen Vorrang, sofern keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der systemischen Tumorerkrankung durchgeführt werden.

SG Gießen, Urt. v. 16.02.2023 - S 5 KR 1186/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 14.823,98 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

d) Hämo-perfusion mit CytoSorb bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 17.11.2025 - S 45 KR 594/24 KH

RID 26-02-72

www.juris.de
SGB V §§ 2 Ia, 135

Eine **Hämo-perfusion mit CytoSorb** zur Behandlung einer **Sepsis/eines septischen Schocks** entsprach im Behandlungszeitpunkt zwar nicht dem allgemeinen Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V, da in medizinischen Fachkreisen im Jahr 2022 kein Konsens über die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit dieses Verfahrens auf der Grundlage des gesicherten Standes der medizinischen Erkenntnisse, also der bestverfügbaren Evidenz, herrschte, sondern es sich um eine **Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** im Sinne von § 135 SGB V handelte. Liegt aber eine **lebensbedrohliche Erkrankung** vor, kann eine **Ausnahme nach § 2 Abs. 1a SGB V** vorliegen.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse auf Verpflichtung der bekl. Krankenhausträgerin zur Erstattung von 5.937,30 € für die Behandlung eines bei der Kl. Versicherten ab.

e) Abgrenzung Verdachtsdiagnose/Abnorme Befunde, Nebendiagnose nach DKR

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 09.12.2025 - L 10 KR 45/23

RID 26-02-73

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
KHEntgG § 9; PrüfvV § 8

Leitsatz: Eine mit einer diagnostischen Maßnahme detektierte Erkrankung kann nur dann als **Nebendiagnose** kodiert werden, wenn sie während des Krankenhausaufenthaltes auch **behandlungsrelevant** wurde. Anderenfalls finden die DKR D003l („abnorme Befunde“) oder DKR D008b („Verdachtsdiagnose“) Anwendung.

SG Kiel, Urt. v. 23.02.2023 - S 24 KR 10210/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

f) Multimodale Komplexbehandlung: Dokumentationspflicht

LSG Hamburg, Urteil v. 19.06.2025 - L 1 KR 52/24 KH

RID 26-02-74

www.juris.de
SGB V §§ 109 IV 3, 112 II, 301; KHG § 17b I; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1

Die **multimodale Komplexbehandlung** setzt die **wöchentliche Teambesprechung** voraus. Bei einem Aufenthalt von weniger als zwei Wochen ist daher grds. eine Teambesprechung ausreichend (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 22.04.2021 - L 1 KR 12/20 - juris Rn. 40, RID 21-03-110).

Zu den Anforderungen an das Merkmal „**wochenbezogene Dokumentation**“ bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele“ ist eine einzige zur Auswertung von Ergebnissen sinnvollerweise jeweils am Ende einer Behandlungswoche durchzuführende Teambesprechung ausreichend (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 22.04.2021, aaO.). Erfolgt die erste Teambesprechung gleich am **Aufnahmetag**, so reicht es aus, in dem Formular angebotenen Optionen anzukreuzen und ergänzend mit handschriftlichen Formulierungen in den Freitextfeldern den Sachverhalt ausreichend konkret und individualisiert anzugeben.

SG Hamburg, Urt. v. 06.03.2024 - S 30 KR 2450/20 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 3.491,20 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

g) Keine Überlegenheit von Apherese- gegenüber Pool-Thrombozytenkonzentraten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 03.07.2025 - L 4 KR 184/22

RID 26-02-75

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2, 12 I, 39 I, 109 IV 3, 137c; **KEntgG** § 7 I; **KHG** § 17b

Leitsatz: 1. Der **allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse** kann nicht unterschiedlich für das Sozial(versicherungs)recht und das sonstige Gesundheits- und Medizinrecht bestimmt werden.

2. Im Januar/Februar 2014 existierte nach der insoweit maßgeblichen Richtlinie der Bundesärztekammer gemäß § 18 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Transfusionsgesetz kein wissenschaftlicher Nachweis für eine allgemeine **Überlegenheit von Apherese- gegenüber Pool-Thrombozytenkonzentraten**.

SG Frankfurt (Oder), Urt. v. 12.04.2022 - S 32 KR 525/19 - gab der Klage statt. Das **LSG** hob das Urteil auf, soweit die Bekl. zur Zahlung eines 1.643,73 € übersteigenden Betrages verurteilt wurde, und wies insoweit die Klage ab.

h) Dystelektase: Keine Kodierung als Lungenkollaps

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.12.2025 - L 11 KR 115/25

RID 26-02-76

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2, 12 I, 39 I, 109 IV 3, 137c; **KEntgG** § 7 I; **KHG** § 17b

Eine **Dystelektase** (inkomplette Belüftung einzelner oder mehrerer Lungenabschnitte) kann nicht als Nebendiagnose J98.1 „**Lungenkollaps**“ kodiert werden.

SG Karlsruhe, Urt. v. 04.12.2024 - S 14 KR 3388/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

i) Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniell Gewebe (OPS 5-015.5)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.02.2026 - L 11 KR 860/23

RID 26-02-77

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Die Membran eines Subduralhämatoms ist kein Gewebe im Sinne der OPS 5-015.3 - 5-015.y.

SG Karlsruhe, Urt. v. 13.02.2023 - S 9 KR 3478/21 - gab der Klage statt. Das **LSG** wies die Klage ab.

4. Mindestmengenprognose/Einstweilige Anordnung: Geringe finanzielle Nachteile

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 12.03.2026 - L 16 KR 45/26 KH B ER

RID 26-02-78

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b; **SGG** § 86 I 1 Nr. 2

Sind die Erfolgsaussichten eines Rechtsbehelfs/Rechtsmittels nicht offensichtlich, müssen die für und gegen eine sofortige Vollziehung sprechenden Gesichtspunkte gegeneinander **abgewogen** werden. Die von der Ast. dargelegten (unbestreitbaren) **finanziellen Nachteile**, die mit der Widerlegung der Mindestmengen verbunden sind, stellen keine die Ast. über dasjenige Maß hinaus belastende Situation dar, wie sie für alle Krankenhäuser mit der Widerlegung der Mindestmengen verbunden ist.

Anhaltspunkte für irreversible i.S. existenzgefährdender Nachteile für die Antragstellerin sind weder vorgetragen, noch ergeben sich sonst Anhaltspunkte dafür. Nach dem Vortrag der Ag., dem die Ast. nicht entgegengetreten ist, stellt das tatsächliche „wirtschaftliche Risiko“ der Ast. voraussichtlich ca. 0,18% der gesamten Umsatzerlöse dar.

SG Duisburg, Beschl. v. 23.12.2025 - S 17 KR 1254/25 ER - juris lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage v. 09.10.2025 anzuordnen, ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

VIII. Beziehung zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 05.03.2026 - **B 3 KR 14/24 R** - gilt nach dem Rettungsdienstgesetz für das Land Berlin auch für eine bundesunmittelbare Betriebskrankenkasse ein Schiedsspruch zur Entgelthöhe für Krankentransportleistungen, **obgleich sie nicht selbst am Schiedsverfahren beteiligt war**. Die Vergütungsnachforderung ist auch nicht deshalb zu kürzen, weil das Krankentransportunternehmen seine Nachforderung **nicht im Wege elektronischer Datenübertragung** oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt hat (§ 302 Abs. 1, § 303 Abs. 3 S. 2 SGB V), sondern durch Übersendung von Excel-Tabellen, wenn es der Krankenkasse folgend die von dieser hierfür zur Verfügung gestellte Excel-Tabelle genutzt hat.

Nach BSG, Urt. v. 18.12.2025 - **B 3 KR 9/24 R** - hat 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 Bkl. 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. Apotheken: Beauftragung eines Rechenzentrums mit Abrechnung

SG München, Urteil v. 29.04.2026 - S 7 KR 710/25

RID 26-02-79

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 129, 300 II

Die Apotheken können gemäß § 300 Abs. 2 S. 1 Halbs. 1 SGB V zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen. **Rechenzentren** sind Einrichtungen, welche automatisiert und zentral in großen Mengen Daten erheben, verarbeiten und ggf. auch nutzen. Gesetzlich ist nicht definiert, in welchem Umfang ein Rechenzentrum zur Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen des Apothekers eingesetzt wird. Folglich ist es zulässig, dass das

Rechenzentrum **nur die Übermittlung der Rechnungen und der zugehörigen Daten übernimmt, ohne als Zahlstelle** zu fungieren.

Das **SG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die kl. Apothekerin, 4.280,23 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Es stellte ferner fest, dass die Bekl. verpflichtet ist, Rechnungen der Kl., die diese direkt unter Einsatz der über die Plattform von S. bereitgestellten Software abrechnet, über aufgrund von elektronischen Rezepten an Versicherte der Bekl. abgegebene Arzneimittel zu akzeptieren, und nicht berechtigt ist, diese Rechnungen allein unter Verweis auf den gewählten Abrechnungsweg über die Plattform von S., insb. die getrennte Abrechnung von elektronischen Rezepten und Papierrezepten sowie die gesonderte Angabe des Absender-Institutionskennzeichens der S., zurückzuweisen. Im Übrigen wies es die Klage ab.

2. Pharmazeutische Unternehmen

a) BVerfG: Übermittlung des Erstattungsbetrags für neues patentgeschütztes Arzneimittel

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 15.01.2026 - 1 BvR 1592/25

RID 26-02-80

www.juris.de

SGB V §§ 129, 130b

Die Verfassungsbeschwerde gegen §§ 129 Abs. 1 S. 13, 130b Abs. 1c SGB V i.d.F. des Medizinforschungsgesetzes vom 23.10.2024 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Nach dem **Grundsatz der Subsidiarität** sind auch vor Erhebung einer Rechtssatzverfassungsbeschwerde grundsätzlich alle Mittel zu ergreifen, die der geltend gemachten Grundrechtsverletzung abhelfen können. Dies gilt auch dann, wenn zweifelhaft ist, ob ein entsprechender Rechtsbehelf statthaft ist und im konkreten Fall in zulässiger Weise eingelegt werden kann.

Der Bf. ist es zum einen zumutbar, das auf Grundlage von § 130b Abs. 4b S. 1 Nr. 3 SGB V etablierte **Verfahren des Spitzenverbands Bund** der Krankenkassen, welches den Abruf von vertraulichen Erstattungsbeträgen nach erfolgreicher Registrierung über ein gesichertes Übertragungsportal ermöglicht, zu nutzen. Zum anderen ist es ihr zumutbar, zunächst den nach § 130b Abs. 1c S. 2 und 3 SGB V ergehenden **Verwaltungsakt anzugreifen** und den fachgerichtlichen Rechtsweg zu erschöpfen, bevor sie Verfassungsbeschwerde erhebt. Dass die Bf. als Parallelimporteurin selbst nicht an dem Verfahren nach § 130b Abs. 1c SGB V beteiligt ist und bislang noch keine Rechtsprechung zugunsten der Zulässigkeit des Rechtsbehelfs für die gegebene Fallgestaltung vorliegt, steht dem nicht entgegen (vgl. BVerfG, Beschl. v. 07.05.2025 - 1 BvR 1507/23 u.a. - GKV-Finanzstabilisierungsg Rn. 50, RID 25-03-96).

b) Rabattvertrag

aa) Abschließende Regelungen bei Eintreten von Lieferausfällen

SG München, Urteil v. 28.04.2026 - S 7 KR 1819/24

RID 26-02-81

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 I 1, 130a VIII; BGB §§ 280, 281

§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V steht der Anwendbarkeit zivilrechtlicher Vorschriften auf die Rechtsbeziehungen von vornherein entgegen, soweit das Leistungserbringungsrecht abschließend geregelt ist. Schaffen Beweiserleichterungen einen interessengerechten Ausgleich der Vertragspartner für das Eintreten von Lieferausfällen, besteht keine Notwendigkeit für **zivilrechtliche Ansprüche auf Schadensersatz**.

Streitig sind Schadensersatzansprüche in Höhe von 247.914,48 € wegen Lieferausfällen von Arzneimitteln, für die Rabattverträge geschlossen wurden. Das **SG** wies die Klage der gesetzlichen Krankenkasse gegen das pharmazeutische Unternehmen ab.

bb) Rabattabschlag: Mitvertrieb/Wechsel des Anwendungsgebiets

LSG Bayern, Urteil v. 23.02.2026 - L 20 KR 558/23

RID 26-02-82

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 130a

Leitsatz: 1. Räumt ein **Arzneimittelhersteller** einem anderen pharmazeutischen Unternehmer ein **Exklusivvertriebsrecht** für ein Arzneimittel ein, liegt auch darin ein **Mitvertrieb** i.S.v. § 130a Abs. 3a Satz 5 SGB V.

2. Die **Preisabschlagspflicht** des § 130a Abs. 3a Satz 4 und 5 SGB V greift auch dann, wenn ein **Wechsel des Anwendungsgebiets** bei einem im Übrigen wirkstoffgleichen und in der Darreichungsform vergleichbaren Arzneimittel erfolgt.

SG Bayreuth, Urt. v. 15.06.2023 - S 15 KR 1018/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Erstattungsbetrag für Arzneimittel

aa) Ausnahme von der Begrenzung (Schiedsspruch für Dostarlimab <Jemperli®>)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.11.2025 - L 1 KR 106/23 KL

RID 26-02-83

Revision zugelassen

www.juris.de

SGB V § 130b

Leitsatz: Die Feststellung einer **Ausnahme** von der **Begrenzung der Festsetzung** des Erstattungsbetrags für ein Arzneimittel, für das ein Zusatznutzen nicht festgestellt ist, durch die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie (vgl. § 130b Abs. 3 Satz 3 SGB V) seitens der Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V ist **gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbar**.

Die Annahme einer solchen **Ausnahme** hat nicht durch die **Bildung starrer Fallgruppen** zu erfolgen. Die **Nacherstattungspflicht** nach § 130b Abs. 3a Satz 9 SGB V in der ab dem 12.11.2022 geltenden Fassung des Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung v. 07.11.2022 (GKVFinStabG, BGBl. I S. 1990) erstreckt sich nicht auf zu viel entrichtete Zuschläge nach der Arzneimittelpreisverordnung und zu viel entrichtete Umsatzsteuer.

Im Streit stand der Schiedsspruch der Bekl. betreffend den Erstattungsbetrag für das Arzneimittel mit dem Handelsnamen Jemperli® (Wirkstoff Dostarlimab) v. 17.01.2023 und hierbei maßgeblich das Vorliegen eines Ausnahmefalls nach § 130b Abs. 3 S. 3 SGB V, die Berücksichtigung der Veränderungen in der Höhe des Herstellerabschlags im Jahr 2023 und der Umfang der Differenzerstattungspflicht des Arzneimittelherstellers für die Vergangenheit. Das **LSG** wies die Klage ab.

bb) Preis-Mengen-Regelung (Schiedsspruch für Cemiplimab <Libtayo®>)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.11.2025 - L 1 KR 105/23 KL

RID 26-02-84

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 130b

Leitsatz: Bei einer **Preis-Mengen-Regelung** nach § 130b Abs. 1a SGB V muss nicht zwingend in jedem Fall einer Mengenausweitung eine Senkung des Betrags pro Packung erfolgen.

Eine Festsetzung eines Erstattungsbetrags exakt **10% unter dem der zweckmäßigen Vergleichstherapie** verstößt nicht gegen die Regelung des § 130b Abs. 3 Satz 2 SGB V („mindestens 10 Prozent“).

Im Streit stand der Schiedsspruch zur Festsetzung des Vertragsinhalts für Cemiplimab (Libtayo®). Das **LSG** wies die Klage ab.

d) Nutzenbewertung

aa) Festbetragsgruppe/Pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.03.2026 - L 9 KR 95/23 KL

RID 26-02-85

Revision anhängig: B 3 KR 5/26 R

www.juris.de

SGB V §§ 35, 35a, 130b

Leitsatz: 1. **Festbetragsgruppen** können grundsätzlich auch mit Arzneimitteln gebildet werden, für die gemäß §§ 35a, 130b SGB V ein Erstattungsbetrag vereinbart oder festgesetzt wurde.

2. **Vergleichbarkeit** i.S.d. § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V bedeutet nicht Identität oder Austauschbarkeit von Wirkstoffen; ein zu enges Verständnis von Vergleichbarkeit stünde mit dem Zweck des § 35 SGB V, ein niedriges Preisniveau und damit die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als überragend wichtige Gemeinwohlaufgabe zu fördern, nicht in Einklang.

In Streit stand die Zuordnung des Wirkstoffs Tiotropium zur Festbetragsgruppe „Anticholinergika 1“ und die Festsetzung des Festbetrags für diesen Wirkstoff zum 01.04.2023. Das **LSG** wies die Klage ab.

bb) Feststellungsklage/„Beobachtendes Abwarten“ als Vergleichstherapie

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.11.2025 - L 9 KR 74/24 KL

RID 26-02-86

Revision anhängig: B 3 KR 2/26 R

www.juris.de

SGB V §§ 35a, 130b; SGG §§ 54, 55, 66 II 1, 87 I 1

Eine **Unzulässigkeit der Feststellungsklage** folgt nicht daraus, dass die Klage erst fast zwei Jahre nach dem angefochtenen Nutzenbewertungsbeschluss erhoben worden ist. Die Klagefrist des § 87 Abs. 1 S. 1 SGG, wonach die Klage binnen eines Monats nach Bekanntgabe des Verwaltungsakts zu erheben ist, gilt vorliegend nicht. Der Nutzenbewertungsbeschluss ist kein Verwaltungsakt. Eine analoge Anwendung scheidet aus. Für die Feststellungsklage fehlt es insoweit an einer durch Auslegung zu schließenden Regelungslücke (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urte. v. 13.12. 2024 - L 1 KR 267/22 KL - juris Rn. 56, RID 25-01-89). Der Senat stellt gleichwohl klar, dass er die erheblichen Bedenken des Bekl. hinsichtlich der Klagemöglichkeit teilt. Die Klage wurde erst am 14.03.2024 und damit fast zwei Jahre nach dem angefochtenen Nutzenbewertungsbeschluss (v. 07.04.2022) und fast eineinhalb Jahre nach dem Wirksamwerden der Erstattungsbetragsvereinbarung (am 15.10.2022) erhoben. Weder BSG, Urte. v. 22.02.2023 - B 3 KR 14/21 R - BSGE 135, 266 = SozR 4-2500 § 35a Nr. 8 noch der Umstand, dass die Kl. den Vertrieb von Palforzia erst im Februar 2024 übernommen hat, stellen im Rahmen der Rechtsschutzgarantie schützenswerte Gründe für die verzögerte Klageerhebung dar. Dennoch sieht der Senat nach der derzeitigen (auch im vorliegenden Fall zu berücksichtigenden) Rechtslage, insb. im Rechtsinstitut der Verwirkung und in der vom Bekl. vorgeschlagenen „orientierenden Heranziehung“ des § 66 Abs. 2 S. 1 SGG, keine im Hinblick auf die Rechtsschutzgarantie ausreichend tragfähigen Ansatzpunkte für einen Ausschluss der Feststellungsklage. Hierzu wäre eine höchstrichterliche Klärung oder gesetzliche Regelung (etwa in Form einer Jahresfrist wie bei Rechtssatzverfassungsbeschwerden, vgl. § 93 Abs. 3 BVerfGG) erforderlich und - nicht zuletzt wegen der mit einer Rückabwicklung bei unwirksamen Nutzenbewertungsbeschlüssen verbundenen Schwierigkeiten - auch wünschenswert.

Im Anwendungsgebiet von Palforzia („Behandlung von Patienten im Alter von 4 bis 17 Jahren mit bestätigter Diagnose einer Erdnussallergie (..). Die Anwendung (..) kann bei Patienten, die 18 Jahre und älter sind, fortgeführt werden“) stellt das vom Bekl. bestimmte „**beobachtende Abwarten**“ (auch nach alter Rechtslage vor Inkrafttreten des ALBVVG) eine zweckmäßige **Vergleichstherapie** dar.

Im Streit steht die Nutzenbewertung des Arzneimittels Palforzia zur Behandlung von Patienten im Alter von 4 bis 17 Jahren. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Hilfsmittelerbringer

a) Vertragsverhandlungsanspruch: Versorgung chronischer Wunden und Wundheilungsstörungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.02.2025 - L 5 KR 1918/25

RID 26-02-87

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31 Ia, 127

Leitsatz: Über die Versorgung mit Verbandmitteln im Sinne von § 31 Abs. 1a SGB V haben sonstige Leistungserbringer gegenüber Krankenkassen einen **Vertragsverhandlungsanspruch** entsprechend § 127 Abs. 1 SGB V.

SG Freiburg, Beschl. v. 30.09.2024 - S 6 KR 2378/24 ER - juris lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, **LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 29.11.2024 - L 11 KR 3121/24 ER-B - RID 25-01-91 wies die Beschwerde zurück. **SG Freiburg**, Urt. v. 05.05.2025 - S 6 KR 2387/24 - wies die Klage ab. Das **LSG** stellte fest, dass der Kl. gegenüber der Bekl. ein Verhandlungsanspruch über die Versorgung der Versicherten der Bekl. mit Verbandmitteln im Sinne von § 31 Abs. 1a SGB V entsprechend § 127 Abs. 1 SGB V und für sonstige Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 Abs. 1a S. 4 i.V.m. Abs. 1 S. 2 entsprechend § 127 SGB V (in der bis 10.05.2019 geltenden Fassung) zusteht, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

b) Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) „NichtraucherHelden-App“: Schiedsspruch

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.03.2026 - L 9 KR 33/24 KL

RID 26-02-88

Revision zugelassen

www.juris.de

SGB V §§ 33a I 1, 134

Leitsatz: 1. **Entscheidungen der Schiedsstelle** nach § 134 Abs. 2 Satz 1 SGB V basieren auf einem weiten Gestaltungsspielraum, der nur eingeschränkter gerichtlicher Kontrolle unterliegt. Nicht Gegenstand der gerichtlichen Entscheidung ist die Frage, ob die Schiedsstelle die „richtige“ Entscheidung getroffen hat (vgl. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.06.2017 - L 9 KR 72/16 KL - „Zydelig“, RID 17-04-141).

2. Dieser weite Gestaltungsspielraum gilt auch im Hinblick auf die **Höhe der Vergütungsbeträge** für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 134 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

3. An die **Begründung einer Abwägungsentscheidung** eines Schiedsspruchs sind keine hohen Anforderungen zu stellen. Ausreichend ist, dass der Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis wenigstens andeutungsweise erkennen lässt (vgl. BSG, Urt. v. 04.07.2018 - B 3 KR 21/17 R - SozR 4-2500 § 130b Nr. 2, juris Rn. 41).

4. Der Umstand, dass andere Modelle unter Umständen mehr Überzeugungskraft und Plausibilität aufweisen, ist irrelevant (Anschluss an LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.02.2025 - L 4 KR 196/23 KL - juris Rn. 255, RID 25-03-104).

Das **LSG** wies die Klage ab.

c) Vorläufige Aufnahme einer digitalen Anwendung in das DiGA-Verzeichnis

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 20.01.2026 - L 10 KR 21/25 B ER

RID 26-02-89

www.juris.de

SGB V § 139e; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Die im Rahmen einer Regelungsanordnung begehrte vorläufige Aufnahme einer digitalen Anwendung in das DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V stellt - wegen der normativen Wirkung des Verzeichnisses - eine **Vorwegnahme der Hauptsache** dar.

2. Der Rechtsbegriff des „**positiven Versorgungseffekts**“ in § 139e Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V ist kein Maßstab sui generis; vielmehr verbirgt sich in ihm die gesetzgeberische Klarstellung, dass bei digitalen Gesundheitsanwendungen auch ein niedrigerer **Evidenzgrad** als sonst im Bereich der ambulanten Versorgung der Versicherten für die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V ausreicht.

3. Die bestandskräftige (und nicht nichtige) **Bestimmung des BfArM für den Nachweis eines positiven Versorgungseffekts** einer digitalen Anwendung nach § 139e Abs. 4 Satz 3 SGB V ist für die Beteiligten und das erkennende Sozialgericht nach § 77 SGG bindend.

SG Lübeck, Beschl. v. 12.01.2025 - S 52 KR 330/24 ER - ordnete an, die DiGA „SinCephalea – Migräneprophylaxe“ bis zum bestandskräftigen Abschluss des anhängigen Widerspruchsverfahrens wieder in das DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V aufzunehmen. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

4. Umbau einer logopädischen Praxis: Unterschreiten der Mindestfläche

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.10.2025 - L 11 KR 850/22

RID 26-02-90

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 124, 125

Ein **Umbau einer logopädischen Praxis** mit dem Ergebnis von zwei Behandlungsräumen mit einer Fläche von jeweils 18 m² und 17 m² für eine Therapeutin kann der Zulassung als Logopädin entgegenstehen, wenn diese Raumaufteilung nicht die räumlichen Voraussetzungen der Zulassung erfüllt. Nach der Anlage 5 zum Rahmenvertrag ist ein **Behandlungsraum** mit einer **Fläche von mindestens 20 m² vorzuhalten**. Diese Voraussetzungen verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht. Sie sind von der Ermächtigungsgrundlage des § 124 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 i.V.m. § 125 Abs. 2 Nr. 10 SGB V gedeckt und stehen im Einklang mit Verfassungsrecht.

Die Beteiligten streiten über die Berechtigung der Kl. zur Abgabe von Leistungen der Stimm-, Sprech- und Sprach- und Schlucktherapie mit geänderter Raumaufteilung in ihrer Praxis im Rahmen ihrer bestehenden Zulassung. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 27.10.2022 - S 8 KR 3426/21 - verurteilte die Bekl., der Kl. eine Zulassung für den geplanten Umbau ihrer Praxisräume in der F.-straße, N01 C. – d.h. mit 2 Behandlungsräumen mit jeweils 18 m² und 17 m² – zu erteilen. Das **LSG** wies die Klage ab.

5. Verordnung eines Belegarztes für Fahrt vom Krankenhaus zu Diagnostikzentrum

LSG Hessen, Urteil v. 27.11.2025 - L 8 KR 240/23

RID 26-02-91

Revision anhängig: B 3 KR 1/26 R

www.juris.de

SGB V §§ 60, 133; KHEntgG § 18

Der von einem **Krankenhausarzt** verordnete **Transport** zu einem außerhalb des Krankenhauses liegenden Diagnostikzentrum ist Teil der vollstationären Krankenhausleistung und im Rahmen der anzuwendenden Fallpauschalen abgegolten. An dieser Vergütungsregelung für die Transportfahrt ändert sich nichts dadurch, dass die Mitbehandlung ebenso wie die Transportfahrt durch einen im Krankenhaus tätigen **Belegarzt angeordnet** werden. Auch im Rahmen der Belegarztbehandlung gilt also grundsätzlich, dass, soweit seitens des Krankenhauses Leistungen Dritter, die nicht Belegarztleistung sind, in Anspruch genommen werden, um dem Versorgungsauftrag bzw. der medizinischen Notwendigkeit der stationären Behandlung des Versicherten Rechnung zu tragen, die resultierenden Kosten durch die B-Fallpauschalen abgedeckt und dem Leistungserbringer gegenüber durch das Krankenhaus zu vergüten sind. Das Gesetz sieht insofern keinen prinzipiellen Unterschied zwischen der Belegarzt- und der „normalen“ stationären Krankenhausbehandlung vor.

SG Marburg, Urt. v. 21.06.2023 - S 6 KR 724/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 81,94 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Risikostrukturausgleich

a) Erhebung eines Korrekturbetrages: Familienversicherungsverhältnisse

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.09.2025 - L 5 KR 97/23 KL

RID 26-02-92

Revision anhängig: B 1 KR 4/26 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 267; RSAV § 20 VI

Im Zusammenhang mit der Prüfung der **Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich** und Erhebung eines Korrekturbetrages nach § 20 Abs. 6 RSAV dürfen zum maßgeblichen Stichtag der Abgabe der Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (hier: 31.03.2016) von der Krankenkasse für das sog. Ausgleichsjahr (hier: 2014) nur Fälle als **Familienversicherungsverhältnisse** gemeldet werden, bei denen ein ordnungsgemäß ausgefüllter Fami-Fragebogen für das maßgebliche Ausgleichsjahr vorliegt.

Weder **§ 7 Fami-Meldeggrundsätze** noch die untergesetzlich bestimmte Frist 31.03. noch die Anforderungen an die ordnungsgemäße Sachbearbeitung durch die Krankenkassen begegnen Anwendungsbedenken.

Die Beteiligten streiten über den durch die Bekl. erhobenen Korrekturbetrag in Höhe von 756.770,61 € für das Ausgleichsjahr 2014 und über die Verrechnung des Korrekturbetrags mit den am 30.01.2023 an die Kl. auszahlenden Zuweisungen. Hierbei streiten die Beteiligten, ob die Kl. in 106 Fällen einer Familienversicherung (in 84 Fälle in einer ersten Prüfphase und in 22 weitere Fällen in einer zweiten Prüfphase) diese der Bekl. fehlerfrei und plausibel gemeldet hat. Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Rückwirkende Prüfungsbefugnis des Bundesamtes für Soziale Sicherung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.10.2025 - L 16 KR 896/22 KL

RID 26-02-93

Revision anhängig: B 1 KR 2/26 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 73b IV 5, V 7, 267 I, 268 III 2, 273; SGB IV §§ 89, 90

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) kann eine Einzelfallprüfung durchführen, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben hat (§ 273 Abs. 5 S. 1 SGB V). Legt die Krankenkasse zur Begründung der Auffälligkeit einen Versorgungsvertrag vor, prüft das BAS die Rechtmäßigkeit dieses Vertrages hinsichtlich der **Vorgabe des § 267 Abs. 1 S. 2 SGB V** (§ 273 Abs. 5 S. 5 i.V.m. § 273 Abs. 4 S. 4 SGB V). Dies gilt auch bei einer Prüfung des Berichtsjahres 2017, obwohl § 267 Abs. 1 S. 2 SGB V erst durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) v. 22.03.2020 mit Inkrafttreten zum 01.04.2020 eingefügt worden ist. Denn es kommt auf die **Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt** des Erlasses des Verwaltungsakts (hier: am 06.12.2022) an.

Bei Zuschläge für die Betreuung chronisch sowie multimorbid kranker Patienten (sog. **Chronikerpauschalen**) handelt es sich um Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen, die nach § 73b Abs. 5 S. 7 SGB V ausgeschlossen sind. Dies gilt aber erst mit Inkrafttreten der Regelung ab 11.04.2017.

Das **LSG** hob auf Klage der Krankenkasse den Bescheid des Bundesamtes für Soziale Sicherung v. 06.12.2022 auf, soweit mit diesem die Rechtswidrigkeit der von der Kl. abgegebenen Korrekturmeldung der Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung (Satzart 600) aus dem Berichtsjahr 2017 für den Zeitraum vor dem 11.04.2017 festgestellt wird, und wies im Übrigen die Klage ab.

c) Aufschiebende Wirkung gegen Feststellungsbescheid zum Risikostrukturausgleich

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 25.03.2026 - L 16 KR 567/25 KL ER

RID 26-02-94

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 273; SGG § 86b

Ein **Rechtsschutzbedürfnis** für die Anordnung der aufschiebenden Wirkung einer Klage besteht auch gegen einen **Feststellungsbescheid**, wenn dadurch ausgeschlossen wird, dass ein Korrekturbescheid,

der als belastender Verwaltungsakt die rechtliche (und wirtschaftliche) Stellung der Krankenkasse beeinträchtigen würde, nicht erlassen werden darf.

Eine „ergänzende“ **Einzelfallprüfung** des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) auf Grundlage kann nicht auf das seit dem 01.04.2020 geltende Recht nach § 273 Abs. 5 und 6 SGB V für das **Berichtsjahr 2011** gestützt werden. Nach § 273 Abs. 7 S. 1 SGB V führt das BAS die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 erst ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Dies schließt Prüfungen von Datenmeldungen der Krankenkassen im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs für die Berichtsjahre bis einschließlich 2012 auf der Grundlage des ab dem 01.04.2020 geltenden Rechts aus.

Das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage der Ast. vom 17.04.2025 (Az. L 16 KR 308/25 KL) gegen den Feststellungsbescheid der Ag. vom 15.04.2025 an.

d) Erlass einer einstweiligen Anordnung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 26.03.2026 - L 16 KR 620/25 KL ER

RID 26-02-95

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 266, 271, 273; SGG § 86b II

Ein **Rechtsschutzbedürfnis** für die Anordnung der aufschiebenden Wirkung einer Klage besteht auch gegen einen **Feststellungsbescheid**, wenn dadurch ausgeschlossen wird, dass ein Korrekturbescheid, der als belastender Verwaltungsakt die rechtliche (und wirtschaftliche) Stellung der Krankenkasse beeinträchtigen würde, nicht erlassen werden darf.

Sind die **Erfolgsaussichten nicht offensichtlich**, müssen die für und gegen eine sofortige Vollziehung sprechenden Gesichtspunkte gegeneinander **abgewogen** werden. Der Grund für den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Klage liegt in der Natur der Mittel des Gesundheitsfonds, aus dem alle gesetzlichen Krankenkassen im Wege des RSA durch entsprechende Zuweisungen die Mittel erhalten, die sie benötigen, um die Leistungen für ihre Versicherten zu finanzieren. Das Sondervermögen und der RSA dienen damit der Sicherstellung der **Funktionsfähigkeit aller gesetzlichen Krankenversicherungen** und damit letztlich des Gesundheitssystems. Dem gegenüber steht das Interesse einer einzelnen Krankenkasse, **finanzielle Nachteile** durch einen Korrekturbescheid zu erleiden, die im Falle des Obsiegens in der Hauptsache (zeitversetzt) wieder ausgeglichen würden. Anhaltspunkte für irreversible i.S. existenzgefährdender Nachteile für die Ast. sind weder vorgetragen noch ergeben sich sonst Anhaltspunkte dafür.

Die Ast. begehrte im Wege einstweiligen Rechtsschutzes die Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage (Az. L 16 KR 310/25 KL) v. 17.04.2025 gegen den Feststellungsbescheid der Ag. (Bundesamt für Soziale Sicherung) v. 15.04.2025, der das Berichtsjahr 2013 zum Gegenstand hat. Das **LSG** lehnte den Antrag der Ast. v. 21.08.2025 ab.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 30.03.2026 - L 5 KR 618/25 ER

RID 26-02-96

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 30.03.2026 - L 5 KR 619/25 ER

RID 26-02-97

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

2. Ausgestaltungsfreiheit der Krankenkassen bei Bonusleistungen

LSG Hamburg, Urteil v. 26.03.2026 - L 1 KR 29/25 KL

RID 26-02-98

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 65a, 195 II 1; SGB IV § 30 I

Räume, die § 65a SGB V eröffnet, können grds. nicht durch § 30 SGB IV wieder verschlossen werden. § 65a SGB V macht hinsichtlich der Ausgestaltung der **Bonussysteme** nach seinem Wortlaut keine Vorgaben. Das spricht für eine **Ausgestaltungsfreiheit der Krankenkassen** in ihren Satzungen.

Bei den **Bonusleistungen** handelt es sich um „mittelbare“ Leistungen des SGB V, die damit eine gewisse Ferne zu den Kernleistungen des Krankenversicherungsrechts darstellen. Sie finden in § 65a SGB V ihre spezifische rechtliche Grundlage, der den Krankenkassen einen weiten Gestaltungsspielraum bei der Ausgestaltung der Bonussysteme zugesteht. Der Einfluss der sehr unspezifischen Grundaussage des § 30 Abs. 1 SGB IV ist hier daher sehr begrenzt. 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 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. Eine Verpflichtung zu einer weiteren Differenzierung der Höhe des Zuschusses je nach Nähe der privaten Versicherung zu dem Krankenversicherungssystem ist dabei rechtlich nicht erforderlich.

Das **LSG** hob den angefochtenen Bescheid auf.

3. Verpflichtung zu datenschutzrechtlichen Aufsichtsmaßnahmen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.03.2026 - L 5 KR 773/25

RID 26-02-99

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

DSGVO Art. 57, 58, 77, 78; SGB V § 66

Erst wenn ein Verstoß festgestellt wird, der ggf. auch in einer **Gefährdung des Datenschutzes** bestehen kann, hat der Bf. einen - nach Art. 78 Abs. 1 DSGVO gerichtlich durchsetzbaren - Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über ein Einschreiten der Aufsichtsbehörde. Ein **Verstoß liegt nicht vor**, wenn sich ergibt, dass die Zahnärztin beteuert, sie habe die von der Versicherten konkret benannten Unterlagen (u.a. Panoramaschichtaufnahmen bzw. Röntgenaufnahmen) nicht (mehr) in ihrem Besitz.

Streitig ist die Verpflichtung der Beklagten zu datenschutzrechtlichen Aufsichtsmaßnahmen. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 28.08.2023 - S 47 SF 16/20 DS - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

X. Verfahrensrecht/Streitwert

1. Einlegung einer Beschwerde per einfacher E-Mail

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 28.11.2024 - L 5 KR 3264/24 ER-B

RID 26-02-100

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG §§ 65a I, 65d, 173 S. 1

Die **Einlegung einer Beschwerde per einfacher E-Mail** genügt weder dem gesetzlich vorgegebenen **Schriftformerfordernis** noch den Anforderungen an die Übermittlung elektronischer Dokumente (st. Rspr., z.B. BSG, Beschl. v. 06.07.2016 - B 9 SB 1/16 R - juris zu § 151 SGG). Auch die nach Hinweis des Gerichts eingegangenen Schrittsätze genügen nicht dem für eine Beschwerdeeinlegung geltenden Formerfordernis. Die wiederum mittels einfacher E-Mail übersandten pdf-Dateien erfüllen nicht die Formerfordernisse für den elektronischen Rechtsverkehr mit den Gerichten. Sie wurden weder von einem De-Mail-Konto noch mit qualifizierter elektronische Signatur über das elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach übermittelt.

SG Karlsruhe, Beschl. v. 23.10.2024 - S 14 KR 2603/24 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** verwarf die Beschwerde des Ast. als unzulässig.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. BVerfG: Sperrwirkung des Arzneimittelrechts (Translarna <Ataluren> bei Duchenne-Muskeldystrophie)

BVerfG, Beschluss v. 16.12.2025 - 1 BvR 1863/23

RID 26-02-101

www.juris.de

SGb V § 2 Ia 1; GG Art. 2 I, II

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 29.06.2023 - B 1 KR 35/21 R - BSGE 136, 185 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 22 wird verworfen.

Der Bf. legt zwar dar, dass das BSG-Urt. wegen der dort vorgenommenen Auslegung und Anwendung von § 2 Abs. 1a S. 1 SGB V den Maßstäben von BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005- 1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25, 49 f. möglicherweise nicht entspricht, wobei offen bleiben kann, ob an diesen Maßstäben festzuhalten ist. Er zeigt aber nicht auf, durch diese Auslegung **möglicherweise in eigenen Rechten verletzt zu sein**. Wenn geltend gemacht wird, dass ein nach den Maßstäben der BVerfG-Rspr. bestehender Anspruch auf Krankenbehandlung verletzt sei, muss hinreichend aufgezeigt werden, dass sämtliche Voraussetzungen des in der BVerfG-Rspr. entwickelten verfassungsrechtlichen Leistungsanspruchs, der in § 2 Abs. 1a S. 1 SGB V fachrechtlich geregelt worden ist, bei dem Bf. gegeben sind (vgl. BVerfGE 140, 229 <234 Rn. 14>).

Jedenfalls trägt das Vorbringen zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr die Annahme einer möglichen individuellen Grundrechtsverletzung durch die Verneinung eines Anspruchs des Bf. aus § 2 Abs. 1a S. 1 SGB V. Die auf wissenschaftlichen Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit beruhende **Versagung der Verlängerung der Zulassung** hätte die Darlegung geboten, ob eine **Neubewertung** der Annahme eines Wirkmechanismus des Arzneimittels erforderlich geworden ist. Ergeht diese Versagungsentscheidung nach Erhebung der Verfassungsbeschwerde, ist der Vortrag entsprechend zu ergänzen.

Zudem fehlt es an einer entsprechenden **Aktualisierung**, ob er sein **Rechtsschutzziel** trotz des **Wegfalls auch der bedingten Zulassung für noch gehfähige Patienten** noch erreichen kann. Dazu hätte es einer Erörterung bedurft, inwiefern ihm ein Import des Arzneimittels in die Europäische Union in der konkreten Fallkonstellation, bei der eine bislang bestehende europäische Arzneimittelzulassung entfallen ist, überhaupt möglich wäre.

2. Erwachsenenendreirad mit Motorunterstützung

BSG, Urteil v. 13.11.2025 - B 3 KR 1/24 R

RID 26-02-102

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Nach der neueren Senatsrspr. ist im Rahmen des Versorgungsziels des mittelbaren Behinderungsausgleichs für das Versorgungsbegehren einer zumutbaren **Erschließung des Nahbereichs** der Wohnung mit eigener Körperkraft mittels einer motorunterstützten Mobilitätshilfe regelhaft abzustellen auf die **konkreten örtlichen Gegebenheiten** der wesentlichen Versorgungs- und Gesunderhaltungswege einschließlich von Freizeitwegen im danach anzuerkennenden Nahbereich. Liegt jedenfalls ein wesentlicher Teil der im Alltag anfallenden Versorgungs- und Gesunderhaltungswege nach den konkreten Umständen des Einzelfalls außerhalb der von Fußgängern üblicherweise zurückgelegten Wegstrecke und kann jedenfalls diese Entfernung anders als mit einer motorunterstützten Mobilitätshilfe nicht mehr zumutbar auch mit eigener Körperkraft bewältigt werden, stehen Reichweite und Geschwindigkeit der damit eröffneten Fortbewegung einem Versorgungsanspruch nicht entgegen (vgl. BSG, Urt. v. 18.04.2024 - B 3 KR 13/22 R - BSGE 138, 41 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 61, Rn. 25 ff.).

3. Angelegenheiten der Krankenhäuser

a) GBA: Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

BSG, Urteil v. 02.04.2025 - B 1 KR 25/23 R

RID 26-02-103

BSGE = SozR 4-2500 § 136c Nr. 1 = ZMGR 2025, 302 = NZS 2026, 19

Leitsatz: 1. Die Bestimmung der **Notfallstufen-Regelungen** des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nichtteilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung ist **nichtig**.
2. Ein **besonderes Interesse** an der **Feststellung** der Nichtigkeit einer untergesetzlichen Norm besteht auch dann, wenn zwar die Wirkung der Norm nicht ohne weiteren anfechtbaren Vollzugsakt eintritt, die Wirksamkeit der Norm aber auch auf den weiteren Regelungsebenen mit unterschiedlichen Rechtswegen und Prozessbeteiligten entscheidungserheblich wäre.

b) Austausch von Haupt- und Nebendiagnose

BSG, Urteil v. 16.07.2025 - B 1 KR 18/24 R

RID 26-02-104

BSGE = SozR 4-2500 § 301 Nr. 14

Leitsatz: Die Regelung über Datensatzkorrekturen nach der **Prüfverfahrensvereinbarung 2016** ist im Fall der **Korrektur der Hauptdiagnose** teleologisch dahingehend zu reduzieren, dass im gerichtlichen Verfahren sich der Vergütungsanspruch unter voller materieller Prüfung nach der sich danach ergebenden Hauptdiagnose bestimmt, der Anspruch des Krankenhauses aber auf den Rechnungsbetrag beschränkt ist, der sich aus der ursprünglich erfolgten Kodierung oder in zulässiger Weise erfolgten Nachkodierung ergibt.

c) Stationäre Behandlung: Liposuktion

BSG, Urteil v. 12.06.2025 - B 1 KR 10/23 R

RID 26-02-105

BSGE = SozR 4-2500 § 137c Nr. 19 = KrV 2025, 241 = NZS 2026, 178

Leitsatz: 1. Die **Anlage I** (Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sind) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** im Krankenhaus nimmt am normativen Charakter der Richtlinie und ihrer Verbindlichkeit für Versicherte und Leistungserbringer teil.
2. Der zu Beginn des Erprobungsverfahrens ergangene **Beschluss zur befristeten Aufnahme der Liposuktion** bei Lipödem im Stadium III in die Anlage I der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus und der vor Abschluss des Erprobungsverfahrens ergangene Beschluss zur befristeten Verlängerung sind **nichtig**.
3. Die in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion geregelten **Qualitätsanforderungen** für die Erbringung von Leistungen der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III als Teil der Regelversorgung gelten erst recht **für nicht an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser**, solange sich die Methode noch in der Erprobung befindet, und werden in ihrer Wirksamkeit nicht von der Nichtigkeit der befristeten Einbeziehung der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III in die Regelversorgung berührt.

d) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Eigene Fachabteilung

BSG, Urteil v. 12.06.2025 - B 1 KR 22/23 R

RID 26-02-106

BSGE = SozR 4-2500 § 70 Nr. 1

Leitsatz: Krankenhäuser dürfen einen das Vorhalten von personellen und sächlichen Mitteln abbildenden **Komplexkode** des Operationen- und Prozedurenschlüssels zur Abrechnung einer auch deswegen erhöhten Vergütung nicht kodieren, wenn das Vorhalten dieser Strukturen von ihrem **Versorgungsauftrag** nicht gedeckt und damit unwirtschaftlich ist.

e) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Intensivstation

BSG, Urteil v. 27.08.2025 - B 1 KR 28/24 R

RID 26-02-107

SozR 4-5562 § 9 Nr. 32

Leitsatz: Eine **Intensivstation** muss für die Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nicht alle denkbaren intensivmedizinisch zu behandelnden Fälle nach ihrer Ausstattung bewältigen können, aber über eine **Ausstattung** verfügen, die die Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen vitalen oder elementaren Funktionen lebensgefährlich bedroht oder gestört sind, nach den maßgeblichen ärztlichen Standards grundsätzlich ermöglicht.

f) Nachkodierung der Zusatzentgelte und materielle Präklusionswirkung

BSG, Urteil v. 10.07.2025 - B 1 KR 30/24 R

RID 26-02-108

SozR 4-2500 § 301 Nr. 13

Leitsatz: 1. Für die **Konkretisierung des Prüfgegenstandes** nach der Prüfverfahrensvereinbarung 2016 ist erforderlich, aber auch ausreichend, dass dieser hinreichend klar umrissen wird, sodass hinsichtlich Art und Umfang der Prüfung für das Krankenhaus kein vernünftiger Zweifel besteht; eine Begrenzung auf einzelne Leistungen und/oder Daten ist nicht erforderlich.

2. **Korrekturen und Ergänzungen von Datensätzen** sind nach Ablauf der in der Prüfverfahrensvereinbarung 2016 geregelten Änderungsfristen auch dann ausgeschlossen, wenn nur einzelne Daten des betroffenen Datensatzes Gegenstand der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung waren.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 16.07.2025 - B 1 KR 9/24 R

RID 26-02-109

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

4. Arzneimittelhersteller: Herstellerabschlagspflicht: Vergleichspreis

BSG, Urteil v. 13.03.2025 - B 3 KR 16/23 R

RID 26-02-110

BSGE = SozR 4-2500 § 130a Nr. 15 = KrV 2025, 195 = NZS 2025, 862 = SGB 2026, 42

Leitsatz: Hat bei **Neueinführung eines Arzneimittels** der pharmazeutische Unternehmer bereits mehr als ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht, ist der **Preiserhöhungsabschlag** auf Grundlage des Durchschnittspreises je Mengeneinheit der Packungen zu berechnen, die dem neuen Arzneimittel unterschiedslos in Bezug auf die Packungsgröße unter Berücksichtigung der Wirkstärke am nächsten kommen.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation: Fremdlaborkosten als Eigenleistungen gegenüber der KZV

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 17.04.2026 - 13 A 862/25

RID 26-02-111

www.juris.de

ZHG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1

In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass die in einem **rechtskräftigen Strafurteil** getroffenen tatsächlichen und rechtlichen **Feststellungen** regelmäßig zur Grundlage der behördlichen und verwaltungsgerichtlichen Beurteilung von **Approbations-Widerrufen** gemacht werden können, soweit sich nicht gewichtige Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit dieser Feststellungen ergeben.

Gewichtige Anhaltspunkte in diesem Sinne liegen zwar vor, wenn **Wiederaufnahmegründe** nach § 359 StPO vorliegen, die geeignet sind, eine für den Betroffenen günstigere strafrechtliche Entscheidung zu begründen. Vom Vorliegen derartiger Gründe ist jedoch nicht auszugehen, wenn der Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens als unzulässig verworfen wurde.

VG Düsseldorf, Urt. v. 04.02.2025 - 20 K 9017/23 - wies die Klage gegen den Widerruf der Approbation als Zahnarzt zurück, weil der Kl. sich eines Fehlverhaltens schuldig gemacht habe, aus dem sich jedenfalls seine Unwürdigkeit zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs ergebe. **AG Wuppertal**, Urt. v. 05.05.2022 - 12 Ls - 20 Js 796/17 - 43/21 -, rechtskräftig, habe den Kl. wegen Betrugs in 19 Fällen zu einer **Bewährungsstrafe von einem Jahr und 10 Monaten verurteilt**. Danach stehe fest, dass er im Zeitraum vom 15.09.2015 bis zum 15.03.2017 mittels 19 monatlicher Sammelrechnungen in 575 Fällen **Fremdlaborkosten gegenüber der KZV** der Höhe nach **als Eigenleistungen** abgerechnet habe. Dass ein beachtlicher Anteil der Leistungen wesentlich günstiger im Ausland erbracht worden sei, habe der Kl. verschwiegen, um die entstandenen Kostenvorteile für sich zu behalten. Auf diese Weise habe er sich eine nicht nur vorübergehende und nicht unerhebliche Einnahmequelle verschafft. Insgesamt habe er einen Betrag von über 330.000 € zu viel abgerechnet. Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der tatsächlichen Feststellungen des AG Wuppertal bestünden nicht. In einer Gesamtschau der dem Strafverfahren zu Grunde liegenden Verhaltensweisen des Kl. und unter Einbeziehung aller Umstände des Einzelfalls sei davon auszugehen, dass der Kl. durch rücksichtsloses Gewinnstreben Charaktereigenschaften offenbart habe, die ihn auch unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit als unwürdig zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes erscheinen ließen. Das **OVG** lehnte den Antrag des Kl. auf Zulassung der Berufung ab.

b) Ruhen der Approbation

aa) Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung

VG Ansbach, Beschluss v. 03.03.2026 - AN 4 S 25.3161

RID 26-02-112

www.juris.de

BÄO § 6 I Nr. 1; StGB §§ 174c, 177; VwGO § 80 II 1 Nr. 4

Einem Arzt, der wegen zweier **Fälle des sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses**, jeweils in Tateinheit mit sexueller Nötigung, strafbar nach § 174c, § 177 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 3, §§ 52, 53 StGB, zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren und acht Monaten **verurteilt** wurde, kann das **Ruhen der Approbation** angeordnet werden. Dass das Strafverfahren **nicht rechtskräftig** abgeschlossen ist, ist unschädlich, da die Ruhensanordnung, anders als andere Maßnahmen gerade nur ein eingeleitetes, jedoch kein abgeschlossenes Strafverfahren voraussetzt.

bb) Tatverdacht auf Besitz von großen Mengen kinderpornographischer Inhalte

VG Bremen, Beschluss v. 06.03.2026 - 5 V 3044/25

RID 26-02-113

www.juris.de

BÄO § 6 I Nr. 1; StGB § 184b I

Leitsatz: Der hinreichende **Tatverdacht** des Besitzes von großen Mengen **kinderpornographischer Inhalte** kann im Einzelfall das Ruhen der Approbation rechtfertigen, insb. wenn irreparable beruflichen Folgen drohen.

c) Berufserlaubnis: Vorrang der Gleichwertigkeitsprüfung

VG München, Beschluss v. 17.12.2025 - M 27 E 25.8806

RID 26-02-114

www.juris.de

BÄO § 10 I, III; VwGO § 123

Sind **Kenntnisprüfungen** gesetzlich nicht vorgesehen, steht der Heranziehung von deren Ergebnissen ein **Verwertungsverbot** entgegen. Nach den gesetzlichen Bestimmungen besteht weder eine Wahlmöglichkeit zwischen Gleichwertigkeitsprüfung und Kenntnisprüfung noch kann auf die Gleichwertigkeitsprüfung verzichtet werden. Vielmehr ergibt sich aus den Bestimmungen zwingend der **Vorrang der Gleichwertigkeitsprüfung**.

Eine **Verwertung** in rechtswidriger Weise erlangter Erkenntnisse ist nur in ganz besonderen **Ausnahmefällen** denkbar, nämlich dann, wenn dem massiven Grundrechtseingriff beim Ast. eine akute Patientengefährdung und somit eine konkrete Gefahr für überragend wichtige Rechtsgüter wie Leben und Gesundheit der Patienten gegenübersteht. Dies ist nicht der Fall, wenn als Empfehlung auf dem „Auszufüllendem Beiblatt bei nicht bestandener Prüfung (mögliche Einschränkungen der Berufserlaubnis)“ bei beiden Prüfungsniederschriften (auch) angekreuzt wird, dass die **ärztliche Tätigkeit wegen Patientengefährdung weiter eingeschränkt** werden sollte und grundsätzlich nur in Anwesenheit und unter Aufsicht einer/s approbierten Ärztin/Arztes erfolgen sollte, sowie, dass Bereitschafts-, Notfall-, Wochenend- und Nachtdienst nicht wahrgenommen werden dürfen.

d) Gleichwertigkeitsprüfung

aa) Ausgleich von Ausbildungsdefiziten durch berufliche Praxis

VG München, Urteil v. 05.03.2026 - M 27 K 24.4256

RID 26-02-115

www.juris.de

BÄO § 3

Die **Fächer Augenheilkunde und Anästhesie** können nicht dem **Fach Chirurgie** zugerechnet werden. Es handelt sich hierbei um eigenständige medizinische Fachgebiete, wie auch der Vergleich mit § 27 ÄApprO zeigt, in welchem die genannten Bereiche als eigene Fächer aufgeführt werden (§ 27 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 und Nr. 4 ÄApprO). Die Abdeckung eines bestimmten Faches ist jedoch nicht durch die Belegung anderer Fächer als erfüllt anzusehen (VGH Bayern, Beschl. v. 10.05.2021 - 21 Zb 16.1016 - juris Rn. 19).

Ausbildungsdefizite können nicht durch eine nachfolgende berufliche Tätigkeit ausgeglichen werden, wenn sich den vorgelegten Zeugnissen **keine qualifizierten chirurgischen Tätigkeiten** entnehmen lassen.

bb) Anerkennung armenischer Facharztausbildung „Geburtshilfe und Gynäkologie“

VG Bayreuth, Urteil v. 17.12.2025 - B 8 K 24.1071

RID 26-02-116

www.juris.de

HKG Bayern Art. 29 I, 30 II, 33 V

Ein **Gericht** ist gehindert, die **Spruchreife** selbst herzustellen, da in Gestalt der Bekl. eine besonders sachkundige Behörde mit der Entscheidung betraut ist.

Für die Frage, wann ein **Weiterbildungsnachweis** aus einem anderen Staat als den in Art. 33 Abs. 5 S. 1 HKG genannten Staaten vorliegt, enthält weder Art. 33 Abs. 5 S. 7 HKG noch die Richtlinie

2005/36/EG eine Regelung. Diese **Regelungslücke** kann nicht durch die Auslegung geschlossen werden, dass ein Weiterbildungsnachweis aus einem anderen Staat als den in Art. 33 Abs. 5 S. 1 HKG genannten Staaten nur als solcher zu definieren ist, wenn die Weiterbildung nach der Zulassung zur ärztlichen Tätigkeit in diesem Staat erfolgte.

Es ist nicht Sache der **Bundesärztekammer**, zu definieren, welche **Voraussetzungen an einen Weiterbildungsnachweis** zu knüpfen sind. Dies bleibt **Sache des Gesetzgebers**, der es für Drittstaaten unterlassen hat, eine eindeutige Regelung aufzustellen und es dabei hat bewenden lassen, die Anerkennung von einer Gleichwertigkeitsprüfung abhängig zu machen.

Eine Ärztin hat mit **Abschluss der Ordinator in Armenien** eine ärztliche Ausbildung abgeschlossen. Der von ihr vorgelegte Ausbildungsnachweis berechtigte sie zur Ausübung des Facharztberufs in ihrem Heimatland. Dies stellt einen **Ausbildungsnachweis** dar, der von der Bekl. auf die **Gleichwertigkeit** des Weiterbildungsstandes zu prüfen ist.

Parallelverfahren:

VG Bayreuth, Urteil v. 17.12.2025 - B 8 K 25.99
www.juris.de

RID 26-02-117

2. Strafrecht

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Prüfung von Mord nach fehlerhafter Narkose in Zahnarztpraxis

BGH, Urteil v. 14.01.2026 - 2 StR 277/25
www.juris.de
StGB §§ 211, 212, 223 I, 224, 227

RID 26-02-118

LG Frankfurt a.M., Urt. v. 01.11.2024 - 5/01 Ks - 7120 Js 247600/21 (1/24) - juris, RID 25-02-139 hat den Angekl. wegen Körperverletzung mit Todesfolge in Tateinheit mit Totschlag (durch Unterlassen), gefährlicher Körperverletzung in drei Fällen und versuchten Totschlags (durch Unterlassen) in drei Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zehn Jahren und sechs Monaten verurteilt. Weiter hat es dem Angekl. untersagt, für die Dauer von drei Jahren den Beruf des Arztes auszuüben. Den Feststellungen zufolge betrieb der Angekl. im Zeitpunkt der abgeurteilten Taten eine **mobile Anästhesie- und Notfallpraxis**, die sich auf **ambulante Narkosen in Zahnarztpraxen** spezialisiert hatte. Er behandelte dabei rund 500 Kinder im Alter zwischen anderthalb und zwölf Jahren und rund 600 Erwachsene pro Jahr. Aufgrund seiner fehlerhaften Behandlung am 28.09.2021 erkrankten vier Kinder, die sich an diesem Tag einer zahnärztlichen Behandlung unter Vollnarkose unterzogen hatten, an einer **Sepsis**. In keinem Fall leitete der Angekl., der die **Symptome eines kritischen Schockzustands** erkannte, Rettungsmaßnahmen ein. Eines der Kinder verstarb in der darauffolgenden Nacht in Anwesenheit des Angekl. in den Räumen der Zahnarztpraxis.

Der 2. Strafsenat hat das Urteil mit Ausnahme der Feststellungen zum äußeren Tathergang aufgehoben, soweit der Angekl. wegen Körperverletzung mit Todesfolge in Tateinheit mit Totschlag und wegen versuchten Totschlags in drei Fällen verurteilt worden ist, weil das Landgericht die Anforderungen an eine **Verurteilung wegen Mordes bzw. versuchten Mordes überspannt** hat. Damit unterlagen auch der Gesamtstrafenausspruch und der Maßregelausspruch der Aufhebung. Das neue Tatgericht wird sich eingehender als bisher mit der Frage zu befassen haben, ob der Angekl. mit Verdeckungsabsicht handelte oder sonst niedrige Beweggründe ausschlaggebend für sein Handeln waren.

BGH, Pressemitteilung v. 14.01.2026
<https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2026/2026011.html>

bb) Verjährung bei Vergewaltigung

BGH, Beschluss v. 19.01.2026 - 1 StR 276/25
www.juris.de = www.bundesgerichtshof.de
StGB §§ 78, 78a, 174c I, 177

RID 26-02-119

Auch bei **Verjährungsfragen** gilt der Zweifelsgrundsatz, sodass bei nicht weiterer Aufklärbarkeit davon auszugehen wäre, dass der Angekl. zumindest einen Teil der acht Fälle im verjährten Tatzeitraum beging. Die Ruhensvorschrift des § 78b Abs. 1 Nr. 1 StGB ist nicht anwendbar, da das Landgericht auch das Alter der geschädigten Patientinnen nicht weiter eingrenzen konnte, mithin also wiederum

zugunsten des Angekl. nicht auszuschließen ist, dass die Opfer das 30. Lebensjahr jeweils zum Zeitpunkt des sexuellen Missbrauchs bereits vollendet hatten.

Für den Vorwurf der Tateinheitlich begangenen **Vergewaltigung** (§ 177 Abs. 6 S. 1, 2 Nr. 1 StGB) kommt zwar der Qualifikationstatbestand des **Ausnutzens einer schutzlosen Lage** (§ 177 Abs. 5 Nr. 3 StGB) in Betracht, was eine Verjährungsfrist von 20 Jahren nach sich zöge (§ 78 Abs. 3 Nr. 2 StGB). Indes ist der Angekl. bislang auf diese Vorschrift nicht hingewiesen worden (§ 265 Abs. 1 StPO).

LG München I, UrT. v. 31.01.2025 - 9 KLS 456 Js 106598/23 - verurteilte den angekl. Facharzt, der in der von ihm mitgeführten gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis regelmäßig Darmspiegelungen durchführte, wegen Vergewaltigung in Tateinheit mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses in 17 Fällen unter Teilfreispruch im Übrigen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von sechs Jahren und sechs Monaten. Der **BGH** hob das Urteil z.T. auf und verwies die Sache zu neuer Verhandlung und Entscheidung an eine andere Strafkammer des Landgerichts zurück.

b) Abbruch der kurativen Therapie/Tötung

LG Essen, Urteil v. 26.11.2025 - 32 Ks-70 Js 462/20-7/24

RID 26-02-120

www.juris.de

StGB V §§ 212 I, 213

Mit dem **Abbruch der kurativen Therapie** durch **Ausschalten des ECMO-Geräts** unter gleichzeitiger Reduzierung des Sauerstoffgehalts auf Raumluft und Absenkung des Beatmungsdrucks nahm der Angekl. eine Handlung vor, die den Tod des B. herbeigeführt hat. Der Behandlungsabbruch ist insb. auch **kausal** für den Tod des B. geworden, da dieser ohne die vorgenommenen Handlungen sicher noch einige Zeit länger gelebt hätte. Dass B. möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt ohnehin - aufgrund der Grunderkrankung - verstorben wäre, lässt die Ursächlichkeit des Behandlungsabbruchs nicht entfallen, da es auf hypothetische Kausalverläufe nicht ankommt und für die Tatbestandsverwirklichung auch eine **Lebensverkürzung um eine geringe Zeitspanne** - und somit auch die Beschleunigung des Todeseintritts - ausreichend ist (vgl. BGHSt 21, 59). Die **nach dem Behandlungsabbruch** vom Angekl. vorgenommenen Handlungen (**Medikamenten- und Kaliumchloridgaben**) haben die Fortwirkung der früheren Ursache - des Behandlungsabbruchs - nicht beseitigt, da sie ohne diesen vom Angekl. nicht vorgenommen worden wären und damit ihrerseits kausale Folgen des vorherigen Behandlungsabbruchs sind. Da die anschließende Verabreichung der überdosierten Medikamente sowie des Kaliumchlorids erst aufgrund des durch den Abbruch der Therapie einsetzenden unmittelbaren Sterbeprozesses vorgenommen wurden, können diese Handlungen nicht als Eröffnung einer neuen Ursachenreihe angesehen werden, die den Erfolg schlussendlich allein herbeigeführt haben.

Auf die Revision des Angekl. hob **BGH**, Beschl. v. 29.05.2024 - 4 StR 138/22 - RID 24-04-100 **LG Essen**, UrT. v. 03.11.2021 - 22 Ks 8/21 - RID 22-03-130 mit den Feststellungen auf und verwies die Sache zu neuer Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Rechtsmittels, an eine andere Strafkammer des Landgerichts zurück. Das **LG** verurteilt den Angekl. nunmehr unter Einbeziehung der mit Urteil des LG Essen v. 29.06.2022 (Az. 22 Ks 16/21) verhängten Einzelstrafen und Auflösung der dort gebildeten Gesamtstrafe zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von fünf Jahren und sechs Monaten.

c) Durchsuchung der Räume eines MVZ wegen des Verdachts auf Abrechnungsbetrug

LG Nürnberg-Fürth, Beschluss v. 05.05.2026 - 12 Qs 26/26

RID 26-02-121

www.juris.de

StPO § 110

Leitsatz: Die **Staatsanwaltschaft** bestimmt den **Umfang der Sichtung** (§ 110 StPO) nach eigenverantwortlichem Ermessen. Über die aus einem rechtmäßigen Durchsuchungsbeschluss ersichtlichen Grenzen hinaus kann das Gericht der Staatsanwaltschaft präventiv keine Vorgaben machen, wie sie die Sichtung im Einzelnen durchzuführen hat.

Der Bf., ein MVZ, wendet sich mit seiner Beschwerde gegen einen Durchsuchungsbeschluss nach § 103 StPO. Diesem lag zugrunde: Die GenStA führt gegen den Beschuldigten Dr. ... ein Ermittlungsverfahren wegen Abrechnungsbetrugs. Der Beschuldigte ist alleiniger Geschäftsführer, Mehrheitsgesellschafter und ärztlicher Leiter des als "... firmierenden MVZ ... Das MVZ ist seit dem 01.01.2011 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Dort praktizieren – neben dem Beschuldigten, einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie – weitere Ärzte, die Fachärzte sind, teils für Allgemeinmedizin, teils für Innere Medizin, teils für

Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie. Jedenfalls im Zeitraum zwischen dem Quartal IV/22 bis zum Quartal I/24 soll der Beschuldigte beim Betrieb des MVZ Leistungen unter Lebenslangen Arztnummern (LANR) von Ärzten abgerechnet haben, obwohl – wie er gewusst habe – die den Abrechnungen zugrundeliegenden Leistungen tatsächlich von anderen Ärzten oder gar nicht erbracht worden seien. Hierüber habe der Beschuldigte in seinen Sammelerklärungen die KV getäuscht und so ungerechtfertigte Auszahlungen an das MVZ bewirkt. Die anzeigeerstattende KV beziffere den mutmaßlich zu Unrecht abgerechneten Gesamtbetrag vorläufig mit 272.311,66 €. Dies sei strafbar als gewerbsmäßiger Betrug in mindestens sechs Fällen. Der Ermittlungsrichter des **AG Nürnberg** erließ am 13.01.2026 die von der GenStA beantragten Durchsuchungsbeschlüsse, darunter einen auf § 103 StPO gestützten, betreffend die Räume des MVZ einschließlich der Räume der dort tätigen Ärzte (57 Gs 421-428/26). Die Durchsuchung wurde am 26.03.2026 vollzogen. Das **LG** verwarf die Beschwerde als unbegründet.

3. Berufspflichten

a) Pflicht zur Aufklärung über Untersuchungsmethode/Distanzgebot

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.04.2026 - OVG 90 H 4/23

RID 26-02-122

www.juris.de

HeilBKG Berlin § 92; ÄKammerG Berlin § 17

Leitsatz: Die **ärztliche Aufklärungspflicht** bezweckt nicht allein, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihr verbundenen Risiken zu verdeutlichen. Sie dient auch und nicht zuletzt dazu, bei den Patienten das Gefühl der Ohnmacht zu vermeiden.

Ärzte dürfen das **Vertrauensverhältnis** zu ihren Patienten nicht zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse missbrauchen. Sie müssen zu ihren Patienten die notwendige Distanz sowohl in körperlicher als auch in kommunikativer Hinsicht wahren.

b) Auswahl berufsgerichtlicher Maßnahme (Psychoth. Distanz- und Abstinenzgebot/Schweigepflicht)

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.04.2026 - OVG 90 H 5/25

RID 26-02-123

www.juris.de

HeilBKG Berlin §§ 26 I, 76, 81, 85, 91 I

Leitsatz: 1. Die **Berufung** gemäß § 81 BlnHKG kann rechtlich nicht auf die **Höhe einer Geldbuße** beschränkt werden, sondern greift das erstinstanzliche Urteil in vollem Umfang an.

2. Zur **Auswahl einer berufsgerichtlichen Maßnahme** gemäß § 76 Abs. 1, 2 und 4 BlnHKG sowie zur Zumessung einer Geldbuße gemäß § 76 Abs. 3 BlnHKG.

c) Privatärztliche Zweigpraxis in Geschäftsräumen eines gewerblichen Unternehmens

VG Berlin, Urteil v. 16.12.2025 - 90 K 3/25 T

RID 26-02-124

www.juris.de

HeilKG Berlin §§ 26 I, 58 IV, 76 I, III

Leitsatz: 1. Die durchgehend **fehlerhafte Abrechnung** privatärztlicher Leistung unter Umgehung einer Vielzahl von Regelungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) führt zu einer jedenfalls fahrlässigen **Berufspflichtverletzung**.

2. Soweit § 17 Abs. 2 Satz 1 BO ÄKB Ärztinnen und Ärzten gestattet, über den Praxissitz hinaus an **weiteren Orten ärztlich tätig** zu sein, müssen sie nach § 17 Abs. 2 Satz 2 BO ÄKB an jedem Ort ihrer Tätigkeiten ihre Patientinnen und Patienten ordnungsgemäß versorgen und nach § 19 Abs. 1 Satz 1 BO ÄKB die Praxis persönlich ausüben. Der Betrieb von Zweigpraxen ohne dessen **persönliche Anwesenheit** führt zu einer Berufspflichtverletzung des Praxisinhabers.

3. Ein Arzt verstößt gegen das Verbot in § 3 Abs. 1 Satz 2 BO ÄKB, seinen Namen in Verbindung mit einer **ärztlichen Berufsbezeichnung** in unlauterer Weise für **gewerbliche Zwecke** herzugeben, wenn er Zweigpraxen in den Geschäftsräumen eines gewerblichen Unternehmens ohne eine hinreichend deutliche Trennung zwischen der gewerblichen Betätigung und der ärztlichen Tätigkeit betreibt (wie

VG Gießen, Urt. v. 29.06.2021 - 21 K 2101/19 Gl.B. - und VGH Hessen, Beschl. v. 02.10.2023 - 25 A 1775/21.B - RID 24-01-122).

d) Einstellung eines heilberufsgerichtlichen Verfahrens nach Beendigung der Berufsausübung

VGH Hessen, Entscheidung v. 05.05.2026 - 25 A 821/22.B

RID 26-02-125

www.juris.de

HeilBerG Hessen §§ 49 I 2, 71 III 2 Nr. 2, 85 S. 1; StPO § 206a

Leitsatz: 1. Die Regelung des § 71 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 HeilBerG Hessen, nach der das **berufsgerichtliche Verfahren** einzustellen ist, wenn der Beschuldigte durch **Verzicht auf die Approbation** oder durch Beendigung der Berufsausübung aus einem anderen Grund endgültig die Kammerzugehörigkeit verliert, knüpft an den Verlust der verpflichtenden Mitgliedschaft in der Kammer im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 HeilBerG Hessen an.

2. Soweit § 49 Abs. 1 Satz 2 HeilBerG Hessen die **Fortführung von beim Berufsgericht anhängigen Verfahren** anordnet, auch wenn der Beschuldigte seinen Beruf außerhalb Hessens weiter ausübt oder seine Kammermitgliedschaft aufgibt, umfasst diese Regelung nicht den Fall der endgültigen Beendigung der Berufsausübung, infolge derer der Beschuldigte endgültig die Kammerzugehörigkeit verloren hat.

4. Selbstzahlerklausel in Behandlungsvertrag

OLG Dresden, Beschluss v. 05.11.2025 - 4 W 691/25

RID 26-02-126

www.juris.de

SGB V §§ 2 I, 27 I; ZPO §§ 114, 148

Leitsatz: 1. Ansprüche aus dem **Behandlungsvertrag eines gesetzlichen Versicherten** bestehen allein gegenüber der Krankenkasse aus dem öffentlich-rechtlichen Vergütungsrechtsverhältnis. Die Verpflichtung des Patienten, diese Kosten zu tragen, falls sie die Kasse nicht übernimmt (**Selbstzahlerklausel**), ist wegen einer unangemessenen Benachteiligung nichtig.

2. Eine **Selbstzahlungsverpflichtung** besteht aber dann, wenn sie in Kenntnis einer bereits erfolgten Ablehnung seitens der Krankenkasse erfolgt, der Patient aber gleichwohl die Behandlung beginnen oder fortsetzen will.

3. Ein sozialrechtliches **Klageverfahren** über das Bestehen eines gesetzlichen Krankversicherungsverhältnisses ist vorgreiflich gegenüber dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen den Patienten.

5. Ermächtigungsgrundlage für Heranziehung von Privatärzten zum ärztlichen Notfalldienst

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 22.01.2026 - 18 L 2453/25

RID 26-02-127

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 6 I Nr. 3, 30 Nr. 2, 31 I

Leitsatz: §§ 6 Abs. 1 Nr. 3, 30 Nr. 2 und 31 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen i. V. m. § 26 Abs. 1 Satz 1 der hierauf beruhenden Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und §§ 1, 2 und 4 der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (jeweils in der aktuell geltenden Fassung), insbesondere die Regelung, nach der neben Ärzten, die in die kassenärztliche Versorgung einbezogen sind (Vertragsärzte), auch **niedergelassene privatärztlich Tätige** grundsätzlich zum Notfalldienst heranzuziehen sind, stellen eine hinreichende **Ermächtigungsgrundlage für die Heranziehung zum ärztlichen Notfalldienst** dar.

Das VG lehnte den Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes ab, **OVG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 23.02.2026 - 13 B 80/26 - juris wies die Beschwerde zurück.

6. Zahlung des Kaufpreises für Arztpraxis nach Verzögerung des Nachbesetzungsverfahrens

OLG Hamm, Urteil v. 08.01.2026 - 2 U 54/24

RID 26-02-128

www.juris.de

BGB §§ 275, 326 I

Leitsatz: Zur Frage, unter welchen Umständen die gegenseitigen Leistungspflichten aus einem Kaufvertrag über eine Arztpraxis nach §§ 275 Abs. 1, 326 Abs. 1 BGB entfallen, wenn sich in Bezug auf den Praxisnachfolger (Käufer) das **Nachbesetzungsverfahren** über Jahre hinweg **verzögert** und nach dessen Abschluss nicht mehr das ursprünglich vertraglich vereinbarte Praxissubstrat (Good will) vorhanden ist.

7. Ärztliche Weiterbildungsermächtigung: Streitwert

OVG Thüringen, Beschluss v. 14.05.2024 - 3 VO 85/24

RID 26-02-129

www.juris.de

GKG §§ 47, 52

Leitsatz: Der **Streitwert** bei Anträgen auf **Erteilung einer ärztlichen Weiterbildungsermächtigung** (vgl. etwa: §§ 1, 4 Abs. 2, 5 Abs. 1 ThürWBO LÄK 2020) kann im Hinblick auf die sich für den Kläger ergebende Bedeutung nicht in Anlehnung an Nr. 16.2 oder Nr. 36 Streitwertkatalog VerwG 2013 bestimmt werden.

Der Hauptabschnitt der Gliederungsebene Nr. 16. Streitwertkatalog VerwG 2013 Gesundheitsverwaltungsrecht betrifft in abgestufter Segmentierung ausschließlich **Streitgegenstände**, bei denen im Kern die Anerkennung von für die Berufsausübung bedeutsamen, in der ThürWBO LÄK geregelten, ärztlichen Qualifikationen betroffen sind.

Im Hauptabschnitt der Gliederungsebene Nr. 36. Streitwertkatalog VerwG 2013 **Prüfungsrecht** sind Streitgegenstände angeführt, die sich im Wesentlichen auf Prüfungen im Rahmen von berufsrelevanten Ausbildungsverhältnissen jenseits des Schulwesens beziehen.

8. Kammerpflichtmitgliedschaft ohne ärztliche Tätigkeit

Verfassungsgerichtshof Bayern, Entscheidung v. 14.04.2026 - Vf. 6-VII-25, Vf. 8-VII-25

RID 26-02-130

www.juris.de

GG Art. 12 I; Verf Bayern Art. 3 I 1, 98 S. 4, 101, 118 I

Leitsatz: 1. Die im Heilberufe-Kammergesetz geregelte **Pflichtmitgliedschaft** in der **ärztlichen Berufsvertretung** auch für diejenigen zur Berufsausübung berechtigten – approbierten – Ärzte, die, **ohne ärztlich tätig** zu sein, in Bayern ihre Hauptwohnung haben, verstößt weder gegen Art. 101 BV noch gegen Art. 118 Abs. 1 BV.

2. Es ist nicht zu beanstanden, dass gemäß Art. 4 Abs. 1 HKaG alleinige Voraussetzung für die Pflichtmitgliedschaft die **Berechtigung zur Berufsausübung** ist, nicht darüber hinaus auch die tatsächliche Ausübung des Berufs in Gestalt der ärztlichen Tätigkeit. Zu einer solchen weiteren Differenzierung ist der Gesetzgeber im Hinblick auf das Aufgabenspektrum der Berufsvertretung und den Umstand, dass dieser keine selektive Interessenvertretung, sondern die des Gesamtinteresses der Ärzteschaft zugewiesen ist, von Verfassungs wegen nicht verpflichtet. Er darf davon ausgehen, dass es nicht ausreicht, dem von Art. 4 Abs. 1 Nr. 2 HKaG betroffenen Personenkreis, insbesondere Ärzten im Ruhestand, die Möglichkeit einer nur freiwilligen Mitgliedschaft einzuräumen.

3. Die Frage der **Verfassungsmäßigkeit der Pflichtmitgliedschaft** ist von derjenigen der **Rechtmäßigkeit der konkreten Beitragspflicht** in der ärztlichen Berufsvertretung zu unterscheiden. Die Höhe der Beiträge wird auf Grundlage von Art. 6 Satz 2 und Art. 15 Abs. 2 Satz 2 HKaG in einer Beitragsordnung der ärztlichen Kreisverbände bzw. der Landesärztekammer festgesetzt. Die etwaige Rechtswidrigkeit einer untergesetzlichen Regelung führt nicht zur Verfassungswidrigkeit der übergeordneten Ermächtigungsgrundlage.

II. Arzthaftung

1. BGH: Streitwert bei wiederkehrenden Leistungen

BGH, Beschluss v. 10.03.2026 - VI ZR 165/23

RID 26-02-131

www.juris.de
ZPO § 9

Leitsatz: Bei **wiederkehrenden Leistungen** ist der **Wert** nach § 9 ZPO zu bestimmen und auf den dreieinhalbfachen Wert des einjährigen Bezuges festzusetzen. Bei Klageeinreichung bereits fällige Beträge sind hinzuzurechnen. Erhöht wird dies nicht um die im Lauf des Rechtsstreits rückständig werdenden Beträge, selbst wenn sie während des Rechtsstreits in einem bezifferten Antrag geltend gemacht werden.

Vorausgehend: *BGH*, Urt. v. 25.11.2025 - VI ZR 165/23 - RID 26-01-139.

2. Behandlungsfehler

a) Vertretung eines Allgemeinmediziners durch Internisten: Fachlicher Standard

OLG München, Urteil v. 23.12.2024 - 4 U 129/23

RID 26-02-132

www.juris.de
BGB §§ 249 ff., 280 I, 630a, 823 I

Leitsatz: Wird ein Patient durch seinen in einer **Gemeinschaftspraxis** tätigen **Hausarzt** vereinbarungsgemäß nach dem allgemein anerkannten fachlichen Standard eines Facharztes für **Allgemeinmedizin** behandelt, so führt die **vertretungsweise Wahrnehmung** eines Behandlungstermins durch einen in derselben Praxis tätigen Facharzt für **Innere Medizin** ohne gesonderte Absprache nicht zu einer Änderung des geschuldeten fachlichen Standards.

BGH, Beschl. v. 24.02.2026 - VI ZR 32/25 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Veraltete Behandlungsmethode: Intramuskuläre Injektion zur Behandlung von Schmerzen

OLG Köln, Urteil v. 20.04.2026 - 5 U 122/25

RID 26-02-133

www.juris.de
BGB § 823 I

Leitsatz: Der geschädigte Patient, der aufgrund desselben Behandlungsgeschehens im Wege der Klage bei nicht abgeschlossener Schadensentwicklung zunächst bezifferten Schadensersatz und Feststellung verlangt hat, kann auch bei bestehender Entscheidungsreife des Leistungsantrags in zulässiger Weise von der **Leistungsklage zur (alleinigen) Feststellungsklage** übergehen, § 264 Nr. 2, 256 Abs. 1 ZPO. Eine **intramuskuläre Injektion** in das **Gesäß** zur Behandlung von **von der Lendenwirbelsäule ausgehenden Schmerzen** stellte nach dem hausärztlichen Standard des Jahres 2016 - nach den vom Senat aufgrund sachverständiger Beratung getroffenen Feststellungen - eine seit einem mehr als einem Jahrzehnt **veraltete Behandlungsmethode** dar.

In eine dem medizinischen Standard widersprechende Behandlung, deren fehlender Nutzen bei hohem Risikopotential belegt ist, kann der Patient auch nach erfolgter Aufklärung nicht in der Weise **einwilligen**, dass ein dem Arzt anzulastender Behandlungsfehler entfällt.

c) Notsectio nach Uterusruptur: Hypoxischer Hirnschaden

OLG Köln, Urteil v. 09.03.2026 - 5 U 5/24

RID 26-02-134

www.juris.de
BGB § 823 I

Leitsatz: Zur - nach sachverständiger Beratung im vorliegenden Fall bejahten - **Erforderlichkeit einer unverzüglichen Notsectio** im Fall einer **Uterusruptur**.

Bei der Prüfung des **Kausalzusammenhangs** und der Frage, ob eine frühere Indikation der Notsectio den eingetretenen **hypoxischen Hirnschaden** verhindert hätte, ist nicht darauf abzustellen, wann das Kind bei Einhaltung der E-E-Zeit von 20 Minuten geboren worden wäre, sondern auf den Zeitpunkt, in dem die Geburt nach den Verhältnissen des Geburtskrankenhauses und der konkreten Geburtssituation tatsächlich erfolgt wäre.

Sofern die Indikation zur Notsectio zu stellen ist, entlastet die **Einhaltung der E-E-Zeit** von 20 Minuten die Behandlungsseite auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Schutzzwecks der verletzten Pflicht. Das Ziel des ärztlichen Handelns liegt in einer möglichst schnellen Geburt.

Zur Verpflichtung einer erneuten **Aufklärung** über die Alternative eines Kaiserschnitts bei einem Zustand nach Sectio, wenn sich die Verhältnisse unter der Geburt ändern und der Kaiserschnitt zur vorzugswürdigen Vorgehensweise wird.

Zur Zulässigkeit und Bemessung eines **Teilschmerzensgeldes**. Soweit sich der Senat in schweren Geburtsschadensfällen über einen langen Zeitraum an einem Betrag von 500.000 € als angemessen anzusehendes Schmerzensgeld orientiert hat, hält er hieran im Hinblick auf die eingetretene Geldentwertung nicht fest. Gleichwohl kann sich ein (Teil-)Schmerzensgeld von 500.000 € nach den Umständen des Einzelfalls als angemessen darstellen.

d) Eigenhaartransplantation als ärztliche Leistung

OLG Hamm, Beschluss v. 24.03.2025 - 3 U 89/24

RID 26-02-135

www.juris.de

BGB §§ 31, 280, 630a, 823, 831

Eine **Haartransplantation** ist behandlungsfehlerhaft, wenn sie **nicht von einem Arzt**, sondern von unzureichend qualifiziertem Personal des Arztes durchgeführt wird.

Nicht **delegationsfähig** sind dabei sämtliche ärztlichen Kernleistungen, deren Ausführung u.a. wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit und der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen spezifisch ärztliches Fachwissen erfordern. Bei einer Eigenhaartransplantation handelt es sich um eine kosmetische Operation, die unter ärztlicher Leitung stehen muss.

e) Mängel der prothetischen Leistung: Gelegenheit zur Nachbesserung

OLG Köln, Urteil v. 11.03.2026 - 5 U 29/25

RID 26-02-136

www.juris.de

BGB §§ 253 II, 280 I, 630a ff., 635

Leitsatz: Der Patient muss dem Zahnarzt bei Mängeln der **prothetischen Leistung** Gelegenheit zur **Nachbesserung** geben, um ihn mit Erfolg auf Schmerzensgeld und Schadensersatz in Anspruch nehmen zu können. Dies gilt nicht, sofern eine Nachbesserung für den Patienten unzumutbar ist oder der Zahnarzt eine solche verweigert.

3. Aufklärung

a) Verzicht des Patienten auf (mündliche) Risikoaufklärung

OLG Frankfurt a.M., Urteil v. 22.10.2025 - 17 U 78/24

RID 26-02-137

www.juris.de

BGB §§ 280 I 1, 630a, 630d, 630e III

Leitsatz: 1. Der Patient kann rechtswirksam auf die (mündliche) **Risikoaufklärung verzichten**; dies ist in gleicher Weise Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Patienten wie das ansonsten bestehende Erfordernis einer ausreichenden Information.

2. An die **Wirksamkeit eines Verzichts** nach § 630e Abs. 3 BGB sind allerdings strenge Anforderungen zu stellen. Der Patient muss den Verzicht deutlich, klar und unmissverständlich äußern und dabei im großen Ganzen wissen, worauf er sich einlässt. Erforderlich ist eine grobe Grundorientierung des Patienten in Form von Basisinformationen zur Diagnose, zum Verlauf des Eingriffs und zum Umstand, dass dieser nicht ohne Risiko versehen ist. Der Betroffene muss wissen, dass es Informationen dieser

Art gibt, die er zur Kenntnis nehmen könnte. Der Verzicht muss individuell und ohne Beeinflussung durch den Behandler freiwillig und ernsthaft erklärt werden.

b) Aufklärung über konservative Behandlungsalternative/Einwilligungsfähigkeit

OLG Dresden, Urteil v. 03.02.2026 - 4 U 1258/24

RID 26-02-138

www.juris.de

BGB §§ 630a, 630a ff.

Leitsatz: 1. Vor einer relativ indizierten Operation ist die **Aufklärung** nur dann auf eine **konservative Behandlungsalternative** zu erstrecken, wenn diese eine **echte Wahlmöglichkeit** darstellt, d.h. hiermit nicht lediglich eine kurzzeitige Beschwerdelinderung, sondern zumindest eine Besserung der Grunderkrankung erreicht werden kann.

2. Voraussetzung für eine wirksame Grundaufklärung ist die **Einwilligungsfähigkeit** des Patienten, d.h. die Fähigkeit, die ärztliche Information autonom zu verarbeiten und auf dieser Grundlage eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen zu können. Ob diese Voraussetzungen vorgelegen haben, ist im Arzthaftungsprozess ggf. **von Amts wegen zu prüfen**.

c) Eingriffs- und Risikoaufklärung am Vorabend der Operation

OLG Köln, Urteil v. 20.04.2026 - 5 U 105/23

RID 26-02-139

www.juris.de

BGB §§ 280 I, 630a, 630d II, 630e II 1 Nr. 2

Leitsatz: Trotz einer Voraufklärung bei Indikationsstellung stellt sich eine **Eingriffs- und Risikoaufklärung am Vorabend der Operation** nicht als **rechtzeitig** dar, wenn der Patient erst drei Tage zuvor von dem zu operierenden Tumor erfahren hat, die Operation für den Patienten überraschend um einen Tag vorgezogen worden ist, die Operationsvorbereitungen unmittelbar nach dem Aufklärungsgespräch beginnen und dem Patienten die Möglichkeit der Einholung weiterer Informationen genommen worden ist.

Die **Aufklärung über die Transportfähigkeit** des Patienten ist Teil der Eingriffs- und Risikoaufklärung, wenn sie für dessen Entscheidung über den Ort der Operation und das die Operation durchführende Krankenhaus von Bedeutung ist.

d) Aufklärung über das Risiko eines chronischen Schmerzsyndroms

OLG Bamberg, Urteil v. 15.12.2025 - 4 U 71/25 e

RID 26-02-140

www.juris.de

BGB §§ 630a, 630e I; ZPO §§ 256 I, 286, 287

Leitsatz: 1. Die Bestimmung des **fachlichen Standards** setzt die Existenz einer **Leitlinie** nicht voraus.

2. Besteht aufgrund eines vorangegangenen Eingriffs ein deutlich erhöhtes Risiko eines chronischen Schmerzsyndroms (CRPS), so ist der Patient hierüber vor einem Folgeeingriff **aufzuklären**.

3. Die Beurteilung, ob ein CRPS auf einen rechtswidrig durchgeführten ärztlichen Eingriff zurückzuführen ist, unterliegt als **Sekundärschaden** dem Beweismaß des § 287 ZPO. Der Eingriff selbst stellt den Primärschaden dar.

4. Die Feststellung einer **Ersatzpflicht für weitere materielle Schäden** bedarf einer Einschränkung insoweit, als sie die bereits kraft Gesetzes auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangenen Ansprüche nicht erfasst.

e) Risiken der Geburtseinleitung mit Cytotec

LG Berlin, Urteil v. 22.11.2025 - 36 O 267/22

RID 26-02-141

www.juris.de

BGB §§ 241 II, 249 ff., 280 I, 823 I

Es liegt eine Verletzung der Aufklärungspflicht vor, wenn eine ausreichende **Aufklärung** über die **medikamentöse Geburtseinleitung** nicht festgestellt werden kann. Dies ist der Fall, wenn das Krankenhaus nicht substantiiert vorträgt, dass ihre Mitarbeiter die Gebärende über die mit der Geburtseinleitung von Cytotec verbundenen Risiken und den Off-Label-Use von Cytotec aufgeklärt haben.

4. Feststellungsinteresse: Einstandspflicht für Schäden bei Verlust von Nabelschnurblut

OLG Saarbrücken, Urteil v. 03.12.2025 - 1 U 22/24

RID 26-02-142

www.juris.de

ZPO § 256

Leitsatz: Zum **Feststellungsinteresse** bei einer Klage auf Feststellung der Einstandspflicht für materielle und immaterielle Schäden bei **Verlust von Nabelschnurblut**.

5. Durchgangsarzt

a) Hoheitliche Erstversorgung und privatärztliche Thromboseprophylaxe

OLG Köln, Urteil v. 15.04.2026 - 5 U 117/25

RID 26-02-143

www.juris.de

BGB § 839; GG Art. 34; SGB VII § 34 I

Leitsatz: Die Anordnung einer **Thromboseprophylaxe**, die erst im weiteren Verlauf durchgeführt werden soll und präventive Wirkung entfaltet, sowie das Unterlassen einer solchen Anordnung sind nicht der dem **hoheitlichen Handeln des Durchgangsarztes** zuzurechnenden Erstversorgung, sondern einer von ihm übernommenen, als **privatrechtlich** zu qualifizierenden besonderen Heilbehandlung zuzuordnen.

b) Streitgenossenschaft zwischen Durchgangsarzten und Berufsgenossenschaft

BayObLG, Beschluss v. 24.02.2026 - 101 AR 179/25 e

RID 26-02-144

www.juris.de

ZPO §§ 36 I Nr. 3, 60

Leitsatz: Zwischen **Durchgangsarzten** und **Berufsgenossenschaft**, die auf Ersatz eines auf fehlerhafte Diagnostik und Behandlung zurückgeführten Körperschadens in Anspruch genommen werden, kann bei teils hoheitlichem und teils privatrechtlichem Handeln der Durchgangsarzte **Streitgenossenschaft** bestehen.

6. Informationspflicht über Kosten gegenüber Privatpatienten

LG Frankenthal, Beschluss v. 23.07.2025 - 2 S 75/25

RID 26-02-145

www.juris.de = RuS 2026, 138

BGB § 630c III

Bei einem **Privatpatienten** liegt die Kenntnis vom Umfang des Versicherungsschutzes grundsätzlich im Verantwortungsbereich des Patienten. Der Deckungsschutz privat krankenversicherter Patienten ergibt sich nicht aus dem Gesetz. Entscheidend sind vielmehr die Bedingungen des konkreten Versicherungsvertrags und die Regulierungspraxis des im Einzelfall zuständigen Versicherers, zu dem allein der Patient in einer vertraglichen Beziehung steht und bei dem dieser vorab eine vorherige Erstattungszusage einholen kann. Deshalb ist bei der Annahme einer **Informationspflicht** in diesem

Bereich grundsätzlich Zurückhaltung geboten (BGH, Urt. v. 28.01.2020 - VI ZR 92/19 - BGHZ 224, 256, Rn. 15).

7. Sachverständige: Besorgnis der Befangenheit

a) Ablehnung einer Begleitperson bzw. Tonbandaufnahme ohne Begründung

LG Bonn, Beschluss v. 09.07.2025 - 9 O 386/17

RID 26-02-146

www.juris.de

ZPO §§ 42, 406

Soweit das Ablehnungsgesuch darauf gestützt wird, dass der Sachverständig dem **Wunsch nach einer Begleitperson bzw. einer Tonbandaufnahme ohne Begründung** nicht entsprochen habe, handelt es sich im Ergebnis um inhaltliche Mängel seiner Entscheidung dahingehend, dass der Sachverständige sich nicht mit ihren Begründungen auseinandergesetzt habe. Wie auch inhaltliche Mängel des Gutachtens begründen solche indes nicht die Besorgnis der Befangenheit (zu inhaltlichen Mängeln bei Gutachten: BGH NJW 2005, 1869 <1870>; GRUR 2012, 92 Rn. 4). Solche geben allenfalls Anlass, eine ergänzende erläuternde Stellungnahme anzufordern oder die mündliche Anhörung des Sachverständigen zu veranlassen. Gerade die vom Sachverständigen eingeholte ergänzende Stellungnahme zeigt indes, dass seine Ablehnung Ausdruck seiner allgemeinen Einstellung betreffend die Anwesenheit von Begleitpersonen bzw. Tonaufnahmen war und gerade nichts mit der Person der Kl. bzw. deren besonderen Situation zu tun hatte.

b) Beschäftigung an einem Institut derselben Universität

OLG Dresden, Beschluss v. 23.02.2026 - 4 W 61/26

RID 26-02-147

www.juris.de

ZPO §§ 42 ff., 406

Leitsatz: Ist der medizinische Sachverständige an einem **Institut einer Universität** tätig, zu der auch die in einem Arzthaftungsstreit in Anspruch genommene - allerdings rechtlich verselbstständigte - **Universitätsklinik** gehört, begründet allein dieser Umstand noch nicht die Besorgnis der Befangenheit.

8. Auskunftsanspruch mittels künstlicher heterologer Insemination gezeugten Kindes gegen Arzt

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 01.04.2026 - 17 U 60/24

RID 26-02-148

www.juris.de

GG Art. 1, 2, 6; BGB § 242; SaRegG § 10

Leitsatz: 1. Ob ein mittels künstlicher medizinisch assistierter heterologer Insemination gezeugtes Kind über die **Identität des Samenspenders** hinaus einen aus den Grundsätzen von Treu und Glauben folgenden Anspruch auf **Auskunft** über die Anzahl der Verwendung der Samenspenden und auf diesem Weg gezeugter **Halbgeschwister** verlangen kann, ist eine Frage des Einzelfalls.

2. Die auskunftsbegehrende Person hat dabei **darzulegen** und ggf. zu beweisen, dass sie zur Verwirklichung ihres allgemeinen Persönlichkeitsrechts und Familiengrundrechts auf die begehrte Auskunft angewiesen ist.

3. Ist die erteilbare Auskunft nicht geeignet, das individuelle Bedürfnis des Anspruchstellers zu befriedigen und die von diesem **angeführte Ungewissheit** zu beseitigen, kann dies einem Auskunftsanspruch entgegenstehen, etwa wenn der Inanspruchgenommene nur eine Teilauskunft erteilen kann.

9. Obhutspflichten in Bezug auf das vom Patienten eingebrachte Eigentum

AG Remscheid, Urteil v. 08.01.2026 - 27 C 82/25

RID 26-02-149

www.juris.de

BGB §§ 31, 278, 280

Aufgrund des **Krankenhausbehandlungsvertrags** obliegen dem Krankenhaus als Nebenpflicht diverse Schutzpflichten, insb. **Obhutspflichten** in Bezug auf das vom Patienten eingebrachte **Eigentum** in Form der abhanden gekommenen Unterkieferprothese.

10. PKH: Schmerzensgeldzahlungen als anzurechnendes Vermögen

OLG Dresden, Beschluss v. 11.02.2026 - 4 W 26/26

RID 26-02-150

www.juris.de

ZPO § 115; SGB XII § 90 III

Leitsatz: Ein aus **Schmerzensgeldzahlungen** wegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers gebildetes **Vermögen** ist auch dann im Rahmen der **Prozesskostenhilfe** teilweise anzurechnen, wenn es sich hierbei um einen im Verhältnis zu den Prozesskosten relativ hohen Betrag handelt.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 05.05.2026. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Abfall der Auszahlungsquote (Humangenetik)	B 6 KA 10/25 R	Stellt die Abweichung der Auszahlungsquote der Humangenetiker zu derjenigen der sonstigen Fachärzte von mehr als 15 Prozent in mehreren Quartalen auch dann eine dauerhafte Entwicklung dar und erfordert eine Reaktion der Kassenärztlichen Vereinigung, wenn die Quote in einem einzelnen Quartal unter der vom BSG benannten Erheblichkeitsschwelle von 15 Prozent lag? Umfasst die Beobachtungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung auch die Prüfung, ob eine auf typisierenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beruhende Bildung eines Honorartopfes zutreffend ist oder erhebliche Verwerfungen verursacht?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 09.07.2025 - L 7 KA 13/23 -	25-04-3
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?	LSG Berlin-Brandenburg , 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 26-02-01
Lasertherapie des Hautareals (Nr. 10320 EBM)	B 6 KA 14/25 R	Zur Auslegung der Gebührenordnungsposition Nr 10320 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in der für das Quartal 4/2014 gültigen Fassung, insbesondere zu der Frage, ob diese Gebührenordnungsposition bezogen auf dasselbe Hautareal nur „einmal je gesamter Lasertherapie“ oder aber "einmal je Quartal" abrechnungsfähig ist.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.11.2025 - L 5 KA 2178/24	26-01-13
Erstattung von Kosten bzgl. der Anbindung an die Telematikinfrastruktur als Pauschale	B 6 KA 15/25 R	Kann ein Vertragsarzt die Erstattung sämtlicher Kosten beanspruchen, die im Zusammenhang mit dem Anschluss seiner Praxis an die Telematikinfrastruktur entstanden sind?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.11.2025 - L 5 KA 2730/24 -	26-01-3
Arzt-/Psychotherapeutenregister				
Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht				
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Statistischer Kostenvergleich: Null- oder Nichtabrechner	B 6 KA 7/25 R	Dürfen Ärzte, die eine Leistung nicht abgerechnet haben (sogenannte Null- oder Nichtabrechner), in der Vergleichsgruppe bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten Berücksichtigung finden und gegebenenfalls bis zu welcher Obergrenze?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 29.11.2023 - L 3 KA 85/17 -	25-03-11
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-	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.07.2024	25-01-14 NZB

		Ä und damit berechtigt, eine bedarfsunabhängige Institutsermächtigung gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und/oder Nummer 2 BMV-Ä zu beantragen?	- L 11 KA 5/21 -	
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: 05.05.2026. 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
rztliche/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?	LSG Hessen , Urt. v. 27.02.2025 - L 1 KR 35/24 - LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.04.2025 - L 10 KR 383/24	25-04-30 25-04-31
Erhöhung des Festzuschusses: Unterbrechung der jährlichen Untersuchung	B 1 KR 8/25 R B 1 KR 22/25 R	Ist eine einmalige Unterbrechung der jährlichen zahnärztlichen Untersuchung auch dann unschädlich für die Erhöhung des Festzuschusses auf 75 v H nach  55 Abs 1 S 7 SGB 5, wenn sie innerhalb des in  55 Abs 1 S 4 SGB 5 genannten Fünfjahreszeitraums liegt?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 06.02.2025 - L 5 KR 141/24 - LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 30.04.2025 - L 16 KR 185/24	25-02-39 25-03-34
Kostenerstattung				
Stationäre Behandlung				
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
Abmagerungsmittel bei krankhafter Adipositas	B 1 KR 13/26 R	Ist die Versorgung mit einem Appetitzügler (hier: Wegovy mit dem Wirkstoff Semaglutid) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gem  34 Abs 1 Sätze 7 bis 9 SGB V auch dann ausgeschlossen, wenn sie der notwendigen Behandlung einer krankhaften Adipositas dient?	LSG Hessen , Urt. v. 05.03.2026 - L 5 KR 108/25 -	26-02-34
Verbesserung des Haarwuchses	B 1 KR 8/26 R	Wann dient ein Arzneimittel gem  34 Absatz 1 S 8 SGB V überwiegend der Verbesserung des Haarwuchses? Zur Rechtmäßigkeit der Aufnahme des Wirkstoffs Baricitinib für das Anwendungsgebiet Alopecia areata in die Anlage II der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Verordnungsausschluss von Lifestyle-Arzneimitteln).	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 28.05.2025 - L 5 KR 160/23 -	
Hilfsmittel/Heilmittel				
Zweitversorgung mit Therapiestuhl zum Besuch einer Kindertageseinrichtung	B 3 KR 4/25 R	Besteht ein Anspruch aus  33 Absatz 1 Satz 1 SGB V auf Zweitversorgung mit einem Therapiestuhl zum Besuch einer Kindertageseinrichtung erst ab Vollendung des dritten Lebensjahres?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 11.12.2024 - L 4 KR 69/24 -	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?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 13.08.2025 - L 6 KR 7/23 -	25-04-45
Elektrischer Zusatzantrieb (e-motion) für Rollstuhl: Wohnverhältnisse	B 3 KR 2/25 R	Zur Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts des Menschen mit Behinderungen und der konkreten Wohnverhältnisse bei der Versorgung Versicherter mit motorunterstützten Mobilitätshilfen.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. 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.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.04.2024 - L 11 KR 878/23 -	25-01-41 NZB
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				

Fahrkosten

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?	LSG Bayern , Urt. v. 15.07.2025 - L 5 KR 215/23 -	25-04-52 NZB
---	---------------	---	--	-----------------

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Stationäre Aufnahme auf Intensivstation und Versterben innerhalb weniger Minuten	B 1 KR 34/24 R B 1 KR 23/25 R	Liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn eine zuvor durch den Rettungsdienst begonnene Reanimation auf der Intensivstation des Krankenhauses unter Einsatz der dortigen Diagnostik für wenige Minuten fortgeführt und dann der Tod des Versicherten festgestellt wird.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.03.2024 - L 4 KR 1217/22 - LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.01.2025 - L 4 KR 420/22 -	24-02-35 NZB 26-01-57 NZB
Konkludente stationäre Aufnahme reanimationspflichtiger Patienten	B 1 KR 17/26 R	Zu den Voraussetzungen einer konkludenten stationären Aufnahme. Bedarf es auch dann einer einzelfallbezogenen Erörterung nach § 17c Absatz 2b KHG als Prozessvoraussetzung für ein anschließendes Klageverfahren, wenn zuvor kein Abrechnungsprüfungsverfahren nach § 275c SGB V stattgefunden hat?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.03.2026 - L 5 KR 2787/25 -	26-02-55
Nachstationäre/ambulante Behandlung	B 1 KR 24/25 R	Ist eine Woche nach einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus durchgeführte Portimplantation als nachstationäre oder als ambulante Behandlung abzurechnen?	LSG Baden-Württemberg , 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 KHEntG im Rahmen einer vorstationären Behandlung abgerechnet werden, wenn die Behandlung des Versicherten mit den Mitteln eines Krankenhauses nicht notwendig war, das Krankenhaus aber auch nicht zur ambulanten Versorgung des Versicherten berechtigt war?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 11.06.2025 - L 10 KR 1119/23 KH -	25-03-60
Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation (ZE 126)	B 1 KR 25/25 R	Ist die Abrechnung eines Zusatzentgelts (hier: autologe matrixinduzierte Chondrozytenimplantation - ZE 126) für die Gabe eines Arzneimittels im Krankenhaus ausgeschlossen, wenn das verwendete Arzneimittel lediglich nach § 4b AMG (juris: AMG 1976) genehmigt, aber nicht durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) zugelassen war? Zu den Anforderungen an die Darlegung der wesentlichen Gründe nach § 8 Satz 2 PrüfvV 2016.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 27.08.2025 - L 10 KR 94/23 KH -	25-04-76
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.	LSG Hessen , Urt. v. 03.04.2025 - L 8 KR 221/23 -	25-03-70
Präklusion einer hilfsweise geltend gemachten Nebendiagnose	B 1 KR 20/25 R	Zur hilfsweisen Nachkodierung einer Nebendiagnose nach Ablauf der Präklusionsfrist des § 7 Absatz 5 PrüfvV 2016.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 21.08.2025 - L 5 KR 9/24 -	25-04-63
Geltung des Aufrechnungsverbots	B 1 KR 7/26 R B 1 KR 5/26 R B 1 KR 12/26 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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 29.04.2025 - L 11 KR 3273/24 -	26-01-78 NZB

			SG Dortmund , Urt. v. 11.11.2025 - S 78 KR 273/23 KH SG Detmold , Urt. v. 11.03.2026 - S 10 KR 1363/23	26-02-61 26-02-62
Vorgesaltetes 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 (PrüfV) teleologisch dahingehend zu reduzieren ist, dass sie nur auf Verweigerungen und unterlassene Mitwirkungen der Beklagtenseite anwendbar ist.	SG Bremen , Urt. v. 16.09.2025 - S 55 KR 113/23 KH -	25-04-61
Verjährung einer Vergütungsforderung	B 1 KR 14/25 R	Zur Verjährung einer 2018 entstandenen Vergütungsforderung für eine Krankenhausbehandlung, welche die Krankenkasse zunächst unter Vorbehalt beglichen und im Juni 2019 (teilweise) gegen einen unstreitigen Vergütungsanspruch aufgerechnet hat.	SG Halle , Urt. v. 07.05.2025 - S 22 KR 352/22 -	25-04-59
Begriff „angeboren“	B 1 KR 39/24 R	Zur Abgrenzung von ICD-10-GM Nr P37.9 (Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit, nicht näher bezeichnet) und ICD-10-GM Nr P39.9 (Infektion, die für die Perinatalperiode spezifisch ist).	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 19.11.2024 - L 16 KR 485/23 -	25-01-73
Akut lebensbedrohliche Komplikation als Hauptdiagnose	B 1 KR 15/26 R	Zur Kodierung einer Tumorerkrankung als Haupt- bzw als Nebendiagnose nach der DKR 0201n in Verbindung mit der Auslegungsregel des Schlichtungsausschusses vom 4.7.2016.	LSG Hessen , Urt. v. 28.11.2024 - L 1 KR 99/23 -	26-02-71
Nachstationäre Behandlung nach Stammzelltransplantation und spezialfachärztliche Vergütung	B 1 KR 4/25 R	Unter welchen Voraussetzungen gehören Krankenhausleistungen als vor- und/oder nachstationäre Behandlung gemäß § 115a SGB V zu der bereits mit einer Fallpauschale abgegoltenen stationären Behandlung oder zu einer hiervon separat zu vergütenden ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.11.2024 - L 16 KR 632/22 KH -	25-01-62
Höhe der Verzugszinsen	B 1 KR 18/25 R	Sieht § 9 Abs 7 des Vertrages nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB 5 - "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" - des Landes Rheinland-Pfalz Verzugszinsen iHv 2 Prozent oder iHv 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz vor?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 28.08.2025 - L 1 KR 200/22 -	26-01-72

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Abrechnung der Betäubungsmittelgebühr beim Sichtbezug in der Apotheke	B 3 KR 8/25 R	Kann eine Apotheke die Gebühr aus § 7 AMPreisV im Fall der sogenannten Sichtvergabe eines Substitutionsmittels für jedes tatsächliche Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch in der Apotheke geltend machen oder nur einmal pro Verordnung?	LSG Bayern , Urt. v. 11.03.2025 - L 5 KR 294/22 -	25-02-110
Substitution durch Rabattpräparat	B 3 KR 14/25 R	Zur Ersetzung eines verordneten Importarzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Rabattarzneimittel.	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 18.09.2025 - L 6 KR 35/23 -	25-04-84
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.	LSG Sachsen-Anhalt , 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 20.08.2025 - L 16 KR 423/22 KL -	25-04-85
Markteinführung eines neu eingeführten Arzneimittels und Preisabschlag	B 3 KR 9/25 R	Zur Festlegung des Abschlags gemäß § 130a Absatz 3a Satz 4 SGB V.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 26.02.2025 - L 10 KR 670/23 -	25-03-97
Nutzenbewertung: Feststellungsklage/ „Beobachtende Abwarten“ als Vergleichstherapie	B 3 KR 2/26 R	Zur Zulässigkeit einer Feststellungsklage gegen einen Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses. Kann "beobachtendes Abwarten" als zweckmäßige Vergleichstherapie im Nutzenbewertungsverfahren herangezogen werden?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 26.11.2025 - L 9 KR 74/24 KL -	26-02-86
Rechtsschutz bei Streit über Vertragspartnerschaft über die Versorgung mit Hebammenhilfe	B 3 KR 5/25 R	Ist angesichts des § 134a Absatz 3 und 4 SGB V das Schiedsstellenverfahren vorrangig gegenüber gerichtlichem Rechtsschutz beim Streit über den Vertragspartnerstatus?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 23.01.2025 - L 9 KR 94/23 -	25-02-114
Schiedsspruch über Vergütungsbetrag für digitale Gesundheitsanwendung	B 3 KR 12/25 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 SGB V, mit dem der Vergütungsbetrag für eine digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) festgesetzt wurde.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 20.02.2025 - L 4 KR 196/23 KL	25-03-104
Verordnung eines Belegarztes für Fahrt vom Krankenhaus zu Diagnostikzentrum	B 3 KR 1/26 R	Stellt der von einem Belegarzt verordnete Transport eines in stationärer Behandlung befindlichen Patienten eine allgemeine Krankenhausleistung im Sinne des § 2 Abs 2 KHEntgG dar?	LSG Hessen , Urt. v. 27.11.2025 - L 8 KR 240/23 -	26-02-91
Krankentransportunternehmen: Rechnungslegungsvorschrift als Ausschlussfrist	B 3 KR 11/25 R	Kann in einem Versorgungsvertrag für Krankentransportfahrten eine anspruchsausschließende Frist von einem Jahr wirksam vereinbart werden?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 10.07.2024 - L 4 KR 80/23 -	25-03-103

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

Risikostrukturausgleich: Erhebung eines Korrekturbetrages/Familienversicherungsverhältnisse	B 1 KR 4/26 R	Dürfen im Zusammenhang mit der Prüfung der Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Korrekturbetrages nach § 20 Absatz 6 RSAV zum maßgeblichen Stichtag der Abgabe der Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (hier: 31.03.2016) von der Krankenkasse für das sogenannte Ausgleichsjahr (hier: 2014) nur Fälle als Familienversicherungsverhältnisse gemeldet werden, bei denen ein ordnungsgemäß ausgefüllter Fami-Fragebogen für das maßgebliche Ausgleichsjahr vorliegt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 25.09.2025 - L 5 KR 97/23 KL -	26-02-92
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.10.2025 - L 16 KR 896/22 KL -	26-02-93
Heranziehung von Finanzreserven zum Gesundheitsfonds	B 1 KR 11/25 R B 1 KR 12/25 R	1. Zur Rechtmäßigkeit der anteiligen Heranziehung von Finanzreserven einer Krankenkasse im Jahr 2021 zum Gesundheitsfonds und zur Berechnung des Zuführungsbetrages bei einer späteren Umbuchung von Vermögenswerten. 2. Zur Vereinbarkeit der Ermächtigungsgrundlage des § 272 SGB V mit Verfassungsrecht.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 03.04.2025 - L 5 KR 308/21 KL - - L 5 KR 306/21 KL -	25-03-105 25-03-106-

GBA

Sonstiges