



Bundessozialgericht

Bundessozialgericht

Pressestelle

Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel

Telefon: +49 (0)561 3107 460

Telefax: +49 (0)561 3107 474

E-Mail: [pressestelle@bsg.bund.de](mailto:pressestelle@bsg.bund.de)

Internet: [www.bundessozialgericht.de](http://www.bundessozialgericht.de)

Kassel, den 8. März 2023

### **Terminbericht Nummer 7/23 (zur Terminvorschau Nummer 7/23)**

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 7. März 2023 in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung.

1) **11.00 Uhr**  
**B 1 KR 11/22 R**

St. E. Krankenhaus GmbH ./ AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse

Verfahrensgang:

Sozialgericht Koblenz, S 16 KR 710/20, 10.03.2021

Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, L 5 KR 177/21, 24.05.2022

Der Senat hat die Revision des Krankenhauses zurückgewiesen. Die im Wortlaut des § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V formulierten Voraussetzungen sind zwar erfüllt. Die Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung führte nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages. Nach der Rechtsprechung des Senats besteht jedoch kein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale, wenn das Prüfverfahren durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses veranlasst worden ist. Daran hält der Senat weiter fest.

Der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale scheidet aus, wenn das Krankenhaus seine Pflicht verletzt, auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische Begründung für die Dauer der Krankenhausbehandlung zu geben, und es dadurch das Prüfverfahren veranlasst hat. Die Krankenkasse war nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V berechtigt, bei Überschreiten der gemeldeten, voraussichtlichen Verweildauer vom Krankenhaus eine medizinische Begründung zu verlangen. Hieraus ergab sich die entsprechende Pflicht des Krankenhauses. Weder die Kürze der Frage, noch Beschränkungen der elektronischen Übermittlungsmöglichkeit noch Gründe des Datenschutzes rechtfertigten die Nichtangabe der medizinischen Gründe.

Der Krankenkasse ist es nicht wegen eines eigenen Fehlverhaltens verwehrt, sich auf die Pflichtverletzung des Krankenhauses zu berufen. Die Krankenkasse war nicht verpflichtet, vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einen Kurzbericht vom Krankenhaus einzuholen. Sie musste auch nicht wegen fehlender Fälligkeit der Vergütungsforderung von der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung absehen und das Risiko eines gerichtlichen Verfahrens eingehen.

2) **12.00 Uhr**  
**B 1 KR 3/22 R**

Kaufmännische Krankenkasse - KKH ./ Georg-August-Universität Göttingen Stiftung Öffentlichen Rechts

Verfahrensgang:

Sozialgericht Hildesheim, S 22 KR 405/14, 21.10.2019

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, L 16/4 KR 506/19, 18.01.2022

Der Senat hat die Revision der Krankenkasse zurückgewiesen. Der geltend gemachte Rückzahlungsanspruch steht ihr weder auf Grundlage eines Erstattungsanspruchs noch im Wege eines Schadensersatzanspruchs zu.

Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die medizinisch erforderliche Transplantation eines im vorgesehenen Verfahren zugeteilten Organs entfällt nicht dadurch, dass das Krankenhaus falsche Angaben zur Dringlichkeit der Transplantation an die Vermittlungsstelle gemeldet hat. Nach den bindenden Feststellungen des Landessozialgerichts steht fest, dass die Organtransplantationen medizinisch indiziert waren und entsprechend den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurden. Verletzt wurden dagegen die transplantationsrechtlichen Regelungen zur Übermittlung der für die Organzuteilung durch Eurotransplant erforderlichen Angaben. Diesen Regelungen kommt aber keine Vergütungsrelevanz zu.

Die hier betroffenen Regelungen über die Verteilung von Spenderorganen dienen nicht der Qualitätssicherung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sollen nicht ein bestimmtes Niveau der Beschaffenheit der Leistungen sichern, sondern dienen der gerechten Verteilung von Überlebenschancen. In diesem Sinne gewährleistet das Transplantationsrecht die notwendigen Rahmenbedingungen für die Organzuteilung, die Einhaltung der Vorgaben ist aber keine formale oder inhaltliche Voraussetzung der Leistungserbringung. Die Rechtsprechung des Senats zur fehlenden Erstattungsfähigkeit von Behandlungskosten einer im Ausland vorgenommenen Organtransplantation, wenn der Versicherte sich das Spenderorgan unter vollständiger Umgehung des in Deutschland nach dem Transplantationsgesetz maßgeblichen Vergabesystems beschafft hat (Bundessozialgericht vom 17.2.2004 - B 1 KR 5/02 R), ist auf den vorliegenden Fall nicht übertragbar.

Ein Schadensersatzanspruch der Krankenkasse scheidet aus, da es angesichts des Schutzzwecks des Transplantationsgesetzes an einer Pflichtverletzung im Hinblick auf den Vergütungsanspruch fehlt.

Der Senat verkennt nicht, dass das Vertrauen in ein gerechtes Verteilungssystem für Spenderorgane durch Manipulationen nachhaltig beschädigt wird. Dies gefährdet die Funktionsfähigkeit des Systems, das auf freiwillige Organspenden angewiesen ist. Für die Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs des Krankenhauses spielen diese Gerechtigkeitserwägungen nach dem hier maßgeblichen Recht aber keine Rolle.

Der Senat muss nach allem nicht entscheiden, ob die Regelungen zur Organvermittlung verfassungsgemäß und damit rechtlich verbindlich sind.

3) **14.30 Uhr**  
**B 1 KR 4/22 R**

Universitätsklinikum Jena ./ IKK gesund plus

Verfahrensgang:

Sozialgericht Altenburg, S 13 KR 868/18, 21.09.2018

Thüringer Landessozialgericht, L 6 KR 1278/18, 07.10.2021

Der Senat hat die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Dem Universitätsklinikum stand zwar der streitige Vergütungsanspruch für die durchgeführte Behandlung der Versicherten zu. Darauf, ob die Verlegung der Versicherten in das wohnortnahe Krankenhaus medizinisch notwendig war, kommt es insoweit nicht an. In Betracht kommt aber ein Schadensersatzanspruch der Krankenkasse nach § 69 Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 280 Absatz 1 BGB wegen einer Verletzung der sich aus § 12 Absatz 1 und § 109 Absatz 4 Satz 2 SGB V sowie § 17c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz ergebenden Pflichten des Universitätsklinikums.

Eine Verlegung führt trotz der damit verbundenen Vergütungsabschläge beider Krankenhäuser regelmäßig zu höheren Gesamtbehandlungskosten für die Krankenkasse. Deshalb bedarf es hierfür eines sachlichen Grundes, den das Krankenhaus im Streitfall darzulegen und gegebenenfalls zu beweisen hat. Als sachliche Gründe für eine Verlegung kommen zwingende medizinische Gründe, zwingende Gründe in der Person des Versicherten sowie übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (§ 1 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz) in Betracht. In einem mehrstufigen Krankenhausversorgungssystem kann die Verlegung aus einem Krankenhaus einer höheren Stufe (zum Beispiel Maximalversorger) in ein Krankenhaus einer niedrigeren Stufe (zum Beispiel Grundversorger) gerechtfertigt sein, wenn und soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht (mehr) bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden. Keines gesonderten sachlichen Grundes für die Verlegung bedarf es dagegen, wenn und soweit hierdurch für die Krankenkasse keine Mehrkosten entstehen. Dies kommt insbesondere bei einer Rückverlegung in Betracht wegen der für das wiederaufnehmende Krankenhaus in § 3 Absatz 3 Fallpauschalenvereinbarung 2017 angeordneten Fallzusammenführung.

Ob danach vorliegend ein Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen das Universitätsklinikum besteht, konnte der Senat auf der Grundlage der vom Landessozialgericht getroffenen Feststellungen nicht abschließend entscheiden. Das Landessozialgericht hat - von seinem rechtlichen Standpunkt aus folgerichtig - keine Feststellungen zu den Gründen der Verlegung und zu den hierdurch entstandenen Mehrkosten für die Krankenkasse getroffen. Sofern es von einer Rückverlegung in das wohnortnahe Krankenhaus ausgegangen ist, fehlen dazu tatsächliche Feststellungen.

Sollte ein Schadensersatzanspruch danach zu bejahen sein, hätte die Krankenkasse mit diesem wirksam gegen die (unstreitige) Vergütungsforderung des Universitätsklinikums aufgerechnet und wäre auch nicht zur Zahlung einer Aufwandspauschale verpflichtet. Ein sich aus der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ergebender Schadensersatzanspruch wäre der von § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V alte Fassung geforderten Minderung des Abrechnungsbetrages im Wege der Analogie gleichzustellen.