



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 26. Juni 2024

## **Terminbericht Nummer 22/24 (zur Terminvorschau Nummer 22/24)**

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 25. Juni 2024 in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung.

### **1) 10.00 Uhr B 1 KR 12/23 R**

A. GmbH ./.. BKK mkk - meine Krankenkasse

Vorinstanzen:

Sozialgericht Hamburg, S 42 KR 2632/20, 06.07.2022

Landessozialgericht Hamburg, L 1 KR 107/22 D, 23.03.2023

Die Revision der Beklagten hatte Erfolg. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die geltend gemachte Vergütung. Es fehlt an einer wirksamen Rechtsgrundlage. § 4 Absatz 6 Satz 3 des in Hamburg geltenden "Vertrag Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (§ 112 Absatz 1 SGB V zu § 112 Absatz 2 Nummer 1 SGB V)" ist in der revisionsrechtlich verbindlichen Auslegung durch das Landessozialgericht nicht mit Bundesrecht vereinbar und daher nichtig. Nach dessen Auslegung wird mit der Erstuntersuchung (Aufnahmeuntersuchung) eine Leistung vergütet, die Bestandteil stationärer Behandlung ist. Eine Vereinbarung über neue Entgeltarten, Vergütungstatbestände oder Vergütungssätze im SGB V ist nicht von der Ermächtigungsnorm des § 112 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V gedeckt. Danach sind die Vertragspartner auf Landesebene nicht ermächtigt, über die im Krankenhausentgeltgesetz festgelegten Entgeltarten hinausgehende Entgelttatbestände für allgemeine Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser festzulegen. Einer solchen gesetzlichen Regelung hätte es jedoch für das SGB V bedurft. Denn das für das SGB V maßgebliche Preisrecht des Krankenhausentgeltgesetz zählt in § 7 Krankenhausentgeltgesetz die Entgeltarten für allgemeine Krankenhausleistungen abschließend auf und sieht keine gesonderte Vergütung der Aufnahmeuntersuchung vor. Zudem verstößt die landesvertragliche Regelung gegen § 39 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V, indem sie die Krankenhausbehandlung leistungsrechtlich abweichend von der dort abschließend vorgegebenen Definition erweitert. Der Klägerin steht der geltend gemachte Zahlungsanspruch auch nicht aus anderen Rechtsgründen zu. Für die Vergütung einer voll- oder teilstationären Behandlung fehlt es an einer Aufnahme des Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin. Gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten kann eine stationäre Aufnahme grundsätzlich nicht erfolgen. Mangels vertragsärztlicher Verordnung kann die Leistung nicht als vorstationäre Behandlung im Sinne von § 115a SGB V abgerechnet werden. Ein Vergütungsanspruch ergibt sich auch nicht aus den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens, da diese nur innerhalb desselben Vergütungsverhältnisses Anwendung finden. Die Leistung der Klägerin kann aber allenfalls als ambulante Notfallbehandlung von der Kassenärztlichen Vereinigung aus der Gesamtvergütung abgegolten werden.

2) **11.00 Uhr**  
**B 1 KR 3/23 R**

H. GmbH ./ BARMER

Vorinstanzen:

Sozialgericht Schleswig, S 11 KR 130/14, 08.02.2018

Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht, L 10 KR 30/18, 27.09.2022

Die Beteiligten haben den Rechtsstreit durch Prozessvergleich beendet. Die Beklagte hat sich zur Zahlung eines Teils der streitigen Vergütung verpflichtet.

3) **12.00 Uhr**  
**B 1 KR 20/23 R**

E. e.V. ./ Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Vorinstanzen:

Sozialgericht Dresden, S 18 KR 531/18, 04.11.2020

Sächsisches Landessozialgericht, L 1 KR 539/20, 14.06.2023

Die Revision des Klägers hatte keinen Erfolg. Die von OPS 8-980 (Version 2015) verlangte Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" erfordert bei einer intensivmedizinischen Behandlung, dass ein solcher Facharzt zumindest einmal täglich persönlich auf der Intensivstation anwesend ist und im Übrigen eine durchgehende Rufbereitschaft besteht. Dies folgt aus einer eng am Wortlaut orientierten und durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung des OPS 8-980. Dabei sind auch die Besonderheiten der intensivmedizinischen Behandlung zu berücksichtigen, bei der behandlungsleitende Entscheidungen auch unvorhergesehen zu jeder Zeit kurzfristig erforderlich werden können. Danach war das Mindestmerkmal in dem streitigen Behandlungsfall nicht erfüllt. Die beiden im Krankenhaus des Klägers seinerzeit auf der Intensivstation dienstplanmäßig tätigen Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" waren nach den nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen Feststellungen des Landessozialgerichts an einem Wochenende während der Behandlung von Freitagnachmittag bis Montagfrüh beide nicht im Dienst und konnten damit eine Behandlungsleitung nicht wahrnehmen.

4) **13.00 Uhr**  
**B 1 KR 39/22 R**

E. W. ./ Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Vorinstanzen:

Sozialgericht Heilbronn, S 12 KR 3262/19, 30.04.2020

Landessozialgericht Baden-Württemberg, L 11 KR 1645/20, 08.11.2022

Die Revision der Beklagten hatte keinen Erfolg. Der Klägerin steht der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch als Rechtsnachfolgerin des verstorbenen Versicherten zu. Dieser hatte zu Lebzeiten teilweise bereits fällige Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Absatz 2 SGB V, teilweise zumindest Anwartschaften auf Kostenerstattung erworben, die im Wege der Gesamtrechtsnachfolge nach § 1922 Absatz 1 BGB auf die Klägerin als Alleinerbin übergingen und zu Ansprüchen erstarrten. Ein Kostenerstattungsanspruch entsteht erst, wenn Versicherten Kosten im Rechtssinne entstanden sind. Zwar wurde ein Teil der Rechnungen erst nach dem Tod des Versicherten beglichen. Insoweit hatte der Versicherte aber bereits zu Lebzeiten eine gefestigte Rechtsposition im Sinne einer Anwartschaft erworben, die sich mit der Begleichung der fälligen Forderungen durch die Klägerin zu einem Kostenerstattungsanspruch verfestigte. Denn die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme hängt grundsätzlich

allein vom Versichertenstatus im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung ab. Andernfalls käme es zu einer willkürlichen Ungleichbehandlung zwischen Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben und denen, die dem Sachleistungsgrundsatz unterliegen. Mit der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung setzen sich die Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer unmittelbar einer Vergütungsforderung aus. Der Eintritt des Todes vor Rechnungstellung und deren Begleichung darf aufgrund seiner Zufälligkeit und der davon unabhängigen Beitragslast dem Kostenerstattungsanspruch nicht entgegenstehen. §§ 56, 58, 59 SGB finden auf die Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V keine Anwendung. Nach § 37 Satz 1 SGB I gelten die Vorschriften des SGB I (nur), soweit sich aus den übrigen Büchern nichts Abweichendes ergibt. Die Vorschrift räumt der sich aus dem SGB V ergebenden Besonderheit der funktionalen Einheit von Naturalleistungsansprüchen und Kostenerstattungsansprüchen und dem danach gebotenen Gleichlauf Vorrang gegenüber den Regelungen des SGB I ein. Dieser Gedanke liegt auch der Regelung des § 35 Satz 3 SGB XI zugrunde. Ein Ausschluss der Rechtsnachfolge wäre ein nachträglicher Eingriff in eine bereits erworbene Rechtsposition. Dafür bilden die §§ 56 ff SGB I keine hinreichende Grundlage.