



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

Internet: www.bundessozialgericht.de

Kassel, den 30. Juni 2023

Terminbericht Nummer 26/23 (zur Terminvorschau Nummer 26/23)

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 29. Juni 2023 in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung.

1) 10.00 Uhr B 1 KR 12/22 R

Land Berlin ./ IKK classic

Verfahrensgang:

Sozialgericht Berlin, S 51 KR 2636/13, 31.01.2019

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, L 28 KR 104/19, 07.04.2022

Die Revision des klagenden Landes hatte keinen Erfolg.

Das Landessozialgericht hat die Berufung gegen das klagabweisende Urteil des Sozialgerichts zu Recht zurückgewiesen. Ob die §§ 102 ff SGB X als Anspruchsgrundlage überhaupt infrage kommen, kann dahinstehen. Erstattungsansprüche wären jedenfalls aufgrund des Ablaufs der Jahresfrist nach § 111 SGB X ausgeschlossen. Die Krankenhausbehandlung fand bereits im Jahr 2010 statt, das klagende Land hat seinen Erstattungsanspruch gegenüber der beklagten Krankenkasse aber erstmals mit Schreiben vom 26.9.2013 geltend gemacht. Dass das klagende Land sich zuvor innerhalb der Frist an eine andere Krankenkasse gewandt hatte, ist unerheblich. Denn das Erstattungsbegehren ist an den erstattungspflichtigen Leistungsträger zu richten. § 16 SGB I, wonach der beim unzuständigen Träger gestellte Antrag mit fristwahrender Wirkung weiterzuleiten ist, findet hier keine Anwendung. § 111 Satz 2 SGB X, wonach die Frist erst mit der Entscheidung des als erstattungspflichtig in Anspruch genommenen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht beginnt, ist ebenfalls nicht einschlägig. Auch bei Bestehen einer Auffang-Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V geht es grundsätzlich zu Lasten des Erstattung begehrenden Leistungsträgers, wenn es ihm nicht gelingt, die erstattungspflichtige Krankenkasse innerhalb der einjährigen Ausschlussfrist zu ermitteln. Eine abweichende Risikoverteilung ist dem Gesetz nicht zu entnehmen.

Ein Anspruch aufgrund öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag wie auch ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch sind ausgehend von den bindenden Feststellungen des Landessozialgerichts nicht entstanden. Andere Anspruchsgrundlagen kommen nicht in Betracht.

2) **11.00 Uhr**
B 1 KR 23/22 R

DRV Braunschweig-Hannover ./ AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Verfahrensgang:

Sozialgericht Hannover, S 86 KR 178/20, 26.08.2021

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, L 4 KR 437/21, 10.08.2022

Die Revision der klagenden Rentenversicherungsträgerin hatte keinen Erfolg.

An einer Sachentscheidung war der Senat nicht dadurch gehindert, dass das Landessozialgericht über die Berufung durch den sogenannten konsentierten Einzelrichter entschieden und die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen hat. Denn die Beteiligten hatten ihr Einverständnis mit einer Einzelrichterentscheidung bei Auslegung ihrer Erklärungen gerade auch für den Fall der Zulassung der Revision erklärt.

Anspruchsgrundlage des Erstattungsanspruchs der klagenden Rentenversicherungsträgerin ist § 104 Absatz 1 SGB X. Die tatbestandlichen Voraussetzungen sind erfüllt und der Erstattungsanspruch ist nicht ausgeschlossen. Der Umfang des Erstattungsanspruchs wird aber durch die von der beklagten Krankenkasse abgeschlossene Vergütungsvereinbarung nach § 111 Absatz 5 SGB V der Höhe nach begrenzt. Nach § 104 Absatz 3 SGB X richtet sich der Umfang der Leistungspflicht nach den für den vorrangig verpflichteten Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Unter den Begriff der Rechtsvorschrift fällt auch eine gesetzlich vorgesehene Preisvereinbarung zwischen dem vorrangig verpflichteten Leistungsträger und dem Leistungserbringer. Zwar kommt der Preisvereinbarung selbst keine normative Wirkung zu, der Auftrag zum Abschluss von Vergütungsvereinbarungen ist aber in § 111 Absatz 5 SGB V gesetzlich - und damit unzweifelhaft durch eine "Rechtsvorschrift" - vorgesehen. Systematik und Zweck der maßgebenden Vorschriften bestätigen dieses Ergebnis. Das Gesetz differenziert hinsichtlich des Umfangs des Erstattungsanspruchs nach der Schutzbedürftigkeit des erstattungsberechtigten Leistungsträgers. Es berücksichtigt, ob dieser durch eine "aufgedrängte" Zuständigkeit belastet wird, derer er sich nicht erwehren kann. Die klagende Rentenversicherungsträgerin war als erstangegangener Leistungsträger nur nachrangig verpflichtet. Sie prüfte und bejahte ihre Zuständigkeit mit der Folge, dass sie die Rehabilitation bewilligte. Sie war insoweit nicht einer "aufgedrängten" Zuständigkeit ausgesetzt.

3) **12.00 Uhr**
B 1 KR 30/22 R

IKK Südwest ./ M Kliniken GmbH & Co. KG

Verfahrensgang:

Sozialgericht Berlin, S 166 KR 929/19 WA, 05.06.2020

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, L 9 KR 263/20, 14.10.2022

Die Beteiligten haben sich verglichen.

4) **12.00 Uhr**
B 1 KR 31/22 R

IKK Südwest ./ M Kliniken GmbH & Co. KG

Verfahrensgang:

Sozialgericht Berlin, S 166 KR 893/19 WA, 05.06.2020

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, L 9 KR 265/20, 14.10.2022

Die Beteiligten haben sich verglichen.

5) **12.00 Uhr**
B 1 KR 35/22 R

IKK Südwest ./ M Kliniken GmbH & Co. KG

Verfahrensgang:

Sozialgericht Berlin, S 166 KR 930/19 WA, 05.06.2020

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, L 9 KR 264/20, 14.10.2022

Die Beteiligten haben sich verglichen.

6) **14.00 Uhr**
B 1 KR 20/22 R

Georg-August-Universität Göttingen ./ Techniker Krankenkasse

Verfahrensgang:

Sozialgericht Hildesheim, S 20 KR 43/17, 08.10.2020

LSG Niedersachsen-Bremen, L 4 KR 456/20, 24.05.2022

Die Revision der beklagten Krankenkasse hatte keinen Erfolg.

Die Krankenkasse hat die Revision formwirksam eingelegt. Der für sie handelnde Syndikusrechtsanwalt konnte die Revisionschrift wirksam über das besondere elektronische Behördenpostfach der Krankenkasse einreichen und musste hierfür nicht das für ihn persönlich eingerichtete besondere elektronische Anwaltspostfach nutzen.

An einer Sachentscheidung war der Senat nicht dadurch gehindert, dass das Landessozialgericht über die Berufung der Krankenkasse durch den sogenannten konsentierten Einzelrichter entschieden und die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen hat. Denn die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Einzelrichterentscheidung in Kenntnis der beabsichtigten Zulassung der Revision erklärt.

Der streitige Vergütungsanspruch des klagenden Universitätsklinikums war nicht um einen Verlegungsabschlag zu kürzen. Entscheidend für den Anfall des Verlegungsabschlages ist nach § 1 Absatz 1 Satz 4 Fallpauschalenvereinbarung 2015 allein, ob eine Verlegung stattgefunden hat. Hierfür kommt es zwar nicht darauf an, ob im Zeitpunkt der Entlassung und/oder der nachfolgenden Aufnahme in das andere Krankenhaus tatsächlich eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen hat. Erforderlich ist aber eine stationäre Aufnahme im Sinne einer organisatorischen Eingliederung als Patient in das spezifische Versorgungssystem des aufnehmenden Krankenhauses. Daran fehlt es vorliegend. Der Versicherte wurde nach der Entlassung aus dem Universitätsklinikum nicht zur eigenen stationären Behandlung in die Geburtsklinik aufgenommen, sondern er war gesund und es erfolgte lediglich eine "Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines anderen gesunden Säuglings oder Kindes" im Krankenhaus seiner dort noch stationär behandelten Mutter.

7) **15.00 Uhr**
B 1 KR 35/21 R

D. G. ./ AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Verfahrensgang:

Sozialgericht Mainz, S 16 KR 173/20, 19.11.2020

Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, L 5 KR 211/20, 04.02.2021

Die Revision der beklagten Krankenkasse hatte Erfolg.

Der Senat hat die stattgebende Landessozialgerichts-Entscheidung aufgehoben und die Klage abgewiesen. Der nicht mehr gehfähige Kläger hat - auch nach § 2 Absatz 1a SGB V - keinen Anspruch auf Versorgung mit dem Arzneimittel Translarna. Zwar leidet er an einer regelmäßig tödlichen Erkrankung, der Duchenne-Muskeldystrophie infolge Nonsense-Mutation des Dystrophin-Gens. Es fehlt jedoch an der hinreichenden Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. An dieser Voraussetzung fehlt es, wenn das Arzneimittel für die betreffende Indikation nicht zugelassen ist und Anträge des Herstellers auf Erweiterung der Zulassung auf diese Indikation aufgrund inhaltlicher Bewertung durch die zuständige Arzneimittelbehörde keinen Erfolg hatten. So liegt der Fall hier. Translarna erhielt auf Grundlage der negativen Bewertung des Nutzens des Arzneimittels durch den Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) für nicht mehr gehfähige Patienten keine Zulassung. Der Senat hält an seiner Rechtsprechung fest, nach der eine solche negativen Bewertung des Arzneimittels im Zulassungsverfahren eine Sperrwirkung für Ansprüche nach § 2 Absatz 1a SGB V entfaltet. Er verkennt dabei nicht, dass die Prüfmaßstäbe für einen Anspruch nach § 2 Absatz 1a SGB V und im Arzneimittelzulassungsverfahren nicht vollständig deckungsgleich sind. Es gibt indes gewichtige Gründe, an der Sperrwirkung festzuhalten. Hierfür spricht zunächst, dass durch § 2 Absatz 1a SGB V nach der Begründung des Gesetzentwurfs ausdrücklich keine über die in der Tomudex-Entscheidung des erkennenden Senats entwickelten Grundsätze hinausgehenden Leistungen eingeführt werden sollten (vergleiche Bundessozialgericht vom 4.4.2006 - B 1 KR 7/05 R - BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nummer 4). Zu diesen Grundsätzen gehört die Sperrwirkung ablehnender arzneimittelrechtlicher Entscheidungen. Das Arzneimittelrecht trägt dem sich aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG ergebenden staatlichen Schutzauftrag Rechnung, indem es Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel gewährleistet. Das dauerhafte Unterlaufen der arzneimittelrechtlichen Vorschriften kann daher - gerade auch bei schwerwiegenden Erkrankungen - zu Gefahren für Leben und körperliche Unversehrtheit führen. Dagegen bieten die Institutionalisierung des Zulassungsverfahrens und die hohe fachliche Expertise der Arzneimittelbehörden eine besonders hohe Gewähr für Wissenschaftlichkeit und Unabhängigkeit der Prüfung. Ebenso wie die gesetzliche Krankenversicherung bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sieht auch das Arzneimittelrecht ein eigenes strukturiertes Qualitätssicherungssystem vor. Außerdem erlaubt es erleichterte Zulassungen und in Härtefällen auch Ausnahmeentscheidungen. Die Sperrwirkung kann überwunden werden, wenn im Nachgang zu der negativen arzneimittelrechtlichen Bewertung neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, die zumindest die Voraussetzungen einer vereinfachten, gegebenenfalls bedingten Zulassung erfüllen.