



Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



Im Namen des Volkes

Urteil

L 16/4 KR 506/19

S 22 KR 405/14 Sozialgericht Hildesheim

Verkündet am: 18. Januar 2022

A., Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

Kaufmännische Krankenkasse, vertreten durch den Vorstand,
B.

– Klägerin und Berufungsbeklagte –

gegen

C.,
vertreten durch den Vorstand, D.

– Beklagte und Berufungsklägerin –

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte Dr. E.

hat der 16. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen auf die mündliche Verhandlung vom 18. Januar 2022 in Celle durch die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht F., die Richterin am Landessozialgericht G., die Richterin am Landessozialgericht Dr. H. sowie die ehrenamtliche Richterin I. und den ehrenamtlichen Richter J. für Recht erkannt:

Das Urteil des Sozialgerichts Hildesheim vom 21. Oktober 2019 wird aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird auf 157.159,31 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Rückforderung der Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung zweier Mitglieder der Klägerin im Hause der Beklagten.

Die Beklagte ist Trägerin eines gemäß § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zugelassenen Krankenhauses. Dort erfolgten im Zeitraum 28. April 2010 bis 28. Mai 2010 bei dem am K. 1955 geborenen L. und im Zeitraum 22. Juni 2011 bis 17. Juli 2011 bei dem am M. 1964 geborenen N. die Transplantationen von Spenderlebern. Beide Patienten waren zu dieser Zeit bei der Klägerin krankenversichert. Die medizinische Indikation zur Transplantation sowie die Durchführung der Eingriffe nach den Regeln der ärztlichen Kunst sind bei beiden Patienten zwischen den Beteiligten nicht streitig.

Für die stationären Aufenthalte stellte die Beklagte gegenüber der Klägerin Rechnungen in Höhe von 108.598,11 Euro (L.) und 48.561,20 Euro (N.), welche die Klägerin zunächst vollständig beglich.

Nach einem anonymen Hinweis im Juli 2011 zu Auffälligkeiten bei Lebertransplantationen im Hause der Beklagten und einer darauffolgenden internen Untersuchung erstattete der Vorstand der Beklagten Strafanzeige gegen den bei ihr von Oktober 2008 bis Ende des Jahres 2011 als leitender Oberarzt für den Bereich der Transplantationschirurgie beschäftigten Dr. O.. Im Zuge der staatsanwaltlichen Ermittlungen stellte sich heraus, dass verantwortliche Mitarbeiter der Beklagten falsche Meldungen an die Eurotransplant International Foundation (im Folgenden: Eurotransplant), der zentralen Vermittlungsstelle für Organspenden, vorgenommen hatten, um auf diese Weise die eigenen Patienten auf einem höheren Wartelistenplatz zu positionieren. Im Falle der bei der Klägerin versicherten Patienten P. und Q. waren fehlerhafte Angaben zu vorangegangenen Dialysebehandlungen getätigt worden, indem die Frage danach, ob der Patient zweimal innerhalb einer Woche vor der der Meldung zugrundeliegenden Messung des Serumkreatininwertes eine Nierenersatztherapie erhalten habe, wahrheitswidrig mit „YES“ beantwortet worden war. Dies hatte automatisch dazu geführt, dass die Patienten nach dem für die Erstellung der einheitlichen Warteliste bei Eurotransplant maßgeblichen sogenannten MELD-Score den höchsten Wert erreichten und damit einen höheren Platz auf der Warteliste erhalten hatten. Die auf dieser Warteliste geführten Patienten können an einem sogenannten Matching-Verfahren teilnehmen, in dem computergesteuert Spender- und Empfängerdaten zusammengeführt werden und aus dem sich schließlich im Rahmen der Regelallokation die im Einzelfall – sich auf das einzelne Organ beziehende – Matchliste ergibt.

Der Versicherte P. erreichte aufgrund der fehlerhaften Meldung den höchsten MELD-Score 40, ohne die Falschangabe hätte er 36 betragen. Hiernach konnte er an zwei Matching-Verfahren

teilnehmen, bei denen er die Ränge 2 und 4 einnahm. Bei der zweiten Zuweisung wurde das Organ akzeptiert und dem Versicherten am 5. Mai 2010 transplantiert. Ohne die Manipulation hätte der Versicherte bestenfalls auf Rang 7 gestanden.

Der Versicherte Q. erreichte aufgrund der fehlerhaften Meldung ebenfalls den höchsten MELD-Score 40, ohne die Falschangabe hätte er bestenfalls 33 betragen. Am 22. Juni 2011 erhielt der Versicherte unter Einnahme von Rang 5 daraufhin ein Organangebot.

Das gegen Dr R. wegen Verdachts des versuchten Totschlags und Körperverletzung vor dem Landgericht (LG) S. geführte Strafverfahren (6 Ks 4/13) endete mit einem Freispruch, welchen der Bundesgerichtshof (BGH) mit Urteil vom 28. Juni 2017 bestätigte (5 StR 20/16).

Nachdem eine zunächst zwischen den Beteiligten erfolgte außergerichtliche Korrespondenz und eine anschließende Besprechung zum Umgang mit den von der Beklagten bei der Klägerin abgerechneten Behandlungsfällen ohne Ergebnis verlaufen war, hat die Klägerin am 29. Dezember 2014 Klage bei dem Sozialgericht (SG) Hildesheim auf Rückzahlung der geleisteten Vergütung erhoben.

Sie hat vorgetragen, mit der bewusst falschen Antwort auf die Frage nach der Dialyse sei gegen wesentliche formale Bestimmungen des Sozialrechts verstoßen worden, was nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur streng formalen Betrachtungsweise den Vergütungsanspruch entfallen lasse. Ein Vorteilsausgleich bzw eine Schadenskompensation finde dabei nicht statt. Eine Ausnahme gelte lediglich bei – hier nicht vorliegenden – Verstößen gegen reine Ordnungsvorschriften. Vielmehr handele es sich bei den Regelungen zur Verteilung von Organen zwecks Transplantation um wesentliche Regelungen mit einer gewaltigen Steuerungsfunktion. Darauf, ob die beanstandeten Leistungen medizinisch indiziert gewesen und einwandfrei erbracht worden seien, komme es nicht an. Die insoweit gezahlte Vergütung in Höhe von insgesamt 157.159,31 Euro sei zu erstatten. Die von den Ermittlungsbehörden getroffenen Feststellungen hinsichtlich der Dialysefalschangaben hätten der Klägerin im Abrechnungsverfahren oder auf andere Weise nicht auffallen können. Hierüber erhalte sie bereits aus datenschutzrechtlichen Gründen zu keinem Zeitpunkt Kenntnis. Sie habe auch keinen Anlass gehabt, an der Rechtmäßigkeit des Vorgehens der Beklagten zu zweifeln. Die Anklageschrift sei ihr unter dem 8. Juli 2014 von dem LG S. zugegangen. Erst danach habe eine Sichtung, Auswertung und Geltendmachung erfolgen können. Auch wenn das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) ausgeführt haben sollte, dass in der Literatur die Richtlinienermächtigung der Bundesärztekammer (BÄK) in § 16 Abs 1 Satz 1 Nr 2 Transplantationsgesetz (TPG) in Frage gestellt werde, führe dies in Ermangelung einer Entscheidung des BVerfG nicht zur Verfassungswidrigkeit des TPG. Transplantationsmedizin dürfe jedenfalls nicht im luftleeren Raum

stattfinden. Die Richtlinien seien verbindlich einzuhalten. Die Mitarbeiter der Beklagten hätten vorliegend ganz bewusste und zielgerichtete Falscheingaben an Eurotransplant übermittelt, um die maßgeblichen Kriterien so zu verändern, dass insbesondere die Dringlichkeit erheblich zugunsten der eigenen Patienten und damit zugunsten des eigenen Geldbeutels erhöht worden seien.

Mit Urteil vom 21. Oktober 2019 hat das SG die Beklagte zur Zahlung von 157.159,31 Euro nebst Zinsen verurteilt. Der Klägerin stehe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch auf Rückzahlung der Vergütungen der Krankenhausbehandlungen der Versicherten P. und Q. zu. Der Beklagten sei ein Vergütungsanspruch nicht entstanden. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehe – unabhängig von einer Kostenzusage – zwar unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt werde und im Sinne von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich sei. Obwohl die durchgeführten Transplantationen vorliegend in beiden Fällen unstreitig medizinisch indiziert und von den behandelnden Ärzten nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommen worden seien, seien die konkret durchgeführten Transplantationen jedoch nicht erforderlich im engeren Sinne von § 39 SGB V gewesen. Denn ein Anspruch bestehe jeweils nur auf Behandlung entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Hier hätten die konkreten Transplantationen allein deshalb durchgeführt werden können, weil die verantwortlichen Mitarbeiter der Beklagten eine falsche Meldung an Eurotransplant vorgenommen hätten. Insofern sei die Behandlung unter Verletzung der maßgeblichen Vorschriften des TPG sowie der ausführenden Richtlinien der BÄK erfolgt. Dabei könne dahinstehen, ob die entsprechenden Richtlinien mangels Richtlinienkompetenz der BÄK für die Beklagte möglicherweise nicht verbindlich seien. Denn gemäß § 13 Abs 3 Satz 3 TPG meldeten die Transplantationszentren die für die Organvermittlung erforderlichen Angaben über die in die Wartelisten aufgenommenen Patienten nach deren schriftlicher oder elektronischer Einwilligung an die Vermittlungsstelle. Die „erforderlichen Daten“ könnten bereits vom Sinn und Zweck der Vorschrift nur tatsächlich zutreffende und richtige Daten sein. Da Eurotransplant im Rahmen des Meldeverfahrens ausdrücklich die Beantwortung der Frage abfordere, ob der Patient zweimal innerhalb einer Woche vor der der Meldung zugrundeliegenden Messung des Serumkreatininwertes eine Nierenersatztherapie erhalten habe, handele es sich bei diesen Angaben zur Dialysebehandlung um „erforderliche Daten“ im Sinne von § 13 Abs 3 Satz 3 TPG. Damit liege bereits ein unmittelbarer Verstoß gegen gesetzliche Regelungen und nicht bloß gegen ausführende Richtlinien nach § 16 TPG vor.

Die Beklagte könne eine Vergütung der durchgeführten Behandlungen auch nicht aus anderen rechtlichen Gesichtspunkten, etwa aufgrund entsprechender Anwendung der Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung (§§ 812 ff Bürgerliches Gesetzbuch –

BGB) beanspruchen. Die Kammer folge insoweit der ständigen Rechtsprechung des BSG, das einen Anspruch in vergleichbaren Fällen ausschließe (*Urteil vom 17. März 2005 – B 3 KR 2/05 R*). Danach komme es gerade nicht maßgeblich darauf an, dass die Behandlung für den Patienten nützlich gewesen sei und die behandelnden Ärzte somit – wie die Beklagte in der mündlichen Verhandlung betont habe – ihre Garantenpflichten gegenüber ihren Patienten wahrgenommen habe. Auch sei nicht entscheidend, dass Dr R. in dem Strafverfahren von den Tatvorwürfen freigesprochen worden sei. Maßgeblich sei allein, dass die Behandlung unter Verstoß gegen das TPG erfolgt sei bzw dieser Meldeverstoß die konkrete Behandlung überhaupt erst möglich gemacht habe und die Steuerungsfunktion dieser Regelungen nur dann erfüllt werden könne, wenn bei Missachtung ein Vergütungsanspruch des Leistungserbringers ausgeschlossen sei.

Es handele sich vorliegend auch nicht lediglich um einen Verstoß gegen eine Ordnungsvorschrift, die nicht der Sicherstellung der Qualität der Leistungserbringung diene. Denn die Regelungen des TPG dienten nicht weniger als dem allgemeinen Schutz menschlichen Lebens und der Verteilungsgerechtigkeit nach objektiven, transparenten, gerechten und nachvollziehbaren Maßstäben als Ausdruck der Menschenwürde (*BGH, Urteil vom 28. Juni 2017 – 5 StR 20/16*). Zwar regle das TPG nicht die Qualität der konkret zu erbringenden Transplantation, gleichwohl sei davon auszugehen, dass es die Qualität von Transplantationen als solche im Allgemeinen gewährleisten solle, indem die knappe Ressource von Organspenden nach einem einheitlichen und transparenten Verfahren zu vergeben sei. Es bestehe auch kein bereicherungsrechtlicher Anspruch der Beklagten mit der Begründung, dass die Behandlungskosten jedenfalls zu einem späteren Zeitpunkt ohnehin angefallen wären. Denn der hypothetische weitere Krankheits- und Behandlungsverlauf sei nicht mit Sicherheit vorhersehbar. Auch sei unklar, zu welchen Rangplätzen der MELD-Score der Patienten im weiteren Verlauf jeweils geführt hätte.

Gegen das ihr am 5. November 2019 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 25. November 2019 Berufung bei dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Sie behauptet, dass die Versicherten P. und Q. sehr weit oben auf der Warteliste gestanden hätten und daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kurzfristig ein Organangebot erhalten hätten. Des Weiteren habe nicht die Beklagte selbst unrichtige Daten an Eurotransplant geliefert, sondern dies sei – möglicherweise – durch ihre Mitarbeiter geschehen. Die Beklagte selbst habe hiervon keine Kenntnis gehabt. Eine Wissenszurechnung finde nicht statt. Im Übrigen stehe ausweislich des Revisionsurteils des BGH lediglich hinsichtlich des Versicherten Q. fest, dass unrichtige Patientendaten übermittelt worden seien. Von dem Versicherten P. sei dort nicht die Rede.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass sämtliche Voraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung bei den Versicherten erfüllt gewesen seien. Die Diagnosen seien korrekt gewesen. Es habe in beiden Fällen unzweifelhaft die Indikation zur Durchführung einer Lebertransplantation bestanden, die durch Fachärzte *lege artis* durchgeführt worden seien. Das SG T. habe in einem rechtlich vergleichbaren Fall einen Rückforderungsanspruch verneint, in dem ein Beschäftigter für das Krankenhaus als Arzt tätig gewesen sei, der die Approbation unter Vorlage gefälschter Urkunden erschlichen, tatsächlich aber schon die ärztliche Prüfung nicht abgelegt habe (*Urteil vom 6. Februar 2018 – S 13 KR 262/17*). Im vorliegenden Fall seien demgegenüber „echte“ Ärzte tätig gewesen, die gemäß dem Vorwurf der Klägerin lediglich die „falschen Patienten“ transplantiert hätten. Es liege also der umgekehrte – spiegelbildliche – Fall vor.

Die Frage „Chancengleichheit/Verteilungsgerechtigkeit“ sei dabei unter verschiedenen Gesichtspunkten akademischer/theoretischer Natur und könne im vorliegenden Fall nicht zu einer Rückforderung der Vergütung führen. So weise der MELD-Score, eine Kombination aus drei Blutwerten, in seiner Einfachheit, die die besonderen Belange der Patienten nicht berücksichtige, erhebliche Schwächen auf. Ob es zu einer Transplantation bei einem bestimmten Patienten komme, hänge zudem nicht zuletzt von Zufällen (Erreichbarkeit, akutes Vorliegen einer Infektion etc) ab. Das BVerfG habe in seiner Rechtsprechung überdies den absoluten Schutz des menschlichen Lebens postuliert. Im vorliegenden Fall seien die Versicherten P. und Q. durch die Transplantation gerettet worden. Im Übrigen sei die Stoßrichtung des § 13 Abs 3 Satz 3 TPG die Gewährung von Chancengleichheit bei der Organvergabe, nicht die Frage der Honorierung. Der BGH habe in seiner Entscheidung zudem angeführt, dass die Vorschrift gerade nicht auf die Verhinderung von Körperverletzungs- und Tötungshandlungen abziele. Im übertragenen Sinne im Hinblick auf den Vergütungsanspruch der Beklagten fehle es demgemäß genauso an einer Zurechenbarkeit im Sinne des Schutzzwecks der Norm. Schließlich hätten das LG S. und auch der BGH festgestellt, dass die Richtlinie der Bundesärztekammer, die die Vergabe von Organen regelt, im konkreten Fall verfassungswidrig sei. Insgesamt lasse sich feststellen, dass das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit weitestgehend nicht stabil sei und in vielen Fällen zu „ungerechten“ Ergebnissen führe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG Hildesheim vom 21. Oktober 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Es entspreche der ständigen Rechtsprechung des BSG zur streng formalen Betrachtungsweise. Danach entfalle der Vergütungsanspruch auch bei medizinisch indizierten und einwandfrei erbrachten Leistungen, wenn bei der Leistungserbringung gegen wesentliche formale vertragliche oder gesetzliche Regelungen verstoßen worden sei. Die Vergütung entfalle, wenn der Patient keinen Anspruch auf die Leistung selbst oder auf die Art und Weise der Leistungserbringung gehabt habe. Eine rechtswidrige Leistung könne keinen Vergütungsanspruch auslösen. Der Erstattungsanspruch stelle ausschließlich auf das rechtswidrige Zustandekommen der Leistungserbringung ab. Ein Verschulden sei hierfür nicht erforderlich. Auf hypothetische Alternativverläufe komme es nicht an. Dass Mitarbeitende der Beklagten hinsichtlich beider Versicherter zu durchgeführten Dialysen falsche Angaben gemacht hätten, sei bislang unstrittig gewesen und ergebe sich auch aus der Anklageschrift der Staatsanwaltschaft. Die von der Beklagten zitierte Entscheidung des SG T. sei auf den vorliegenden Sachverhalt nicht anwendbar. Dort sei der Klinikmitarbeiter erst durch einen Anstellungsbetrug gegenüber der Klinik überhaupt in das Beschäftigungsverhältnis gelangt. Das SG habe einen Rückforderungsanspruch zudem mit der Begründung abgelehnt, dass der Vergütungsanspruch nicht allein durch Tätigkeit und Leistung des Arztes ausgelöst werde, sondern viele Komponenten zusammenkämen. Es bestünden auch Zweifel, ob das Urteil einer höchstrichterlichen Entscheidung standgehalten hätte. Wie die Beklagte darauf komme, dass ihr die Transplantation bei den „falschen Patienten“ vorgeworfen werde, erschließe sich nicht. Der Vorwurf ziele nach wie vor auf die Falschangaben zu den durchgeführten Dialysen. Die unterschiedlichen Methoden zur Blutwertbestimmung seien daher auch irrelevant.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte und den Inhalt der Verwaltungsakte der Klägerin Bezug genommen. Diese haben vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Beklagten ist form- und fristgemäß eingelegt worden und auch im Übrigen zulässig. Sie ist auch begründet. Dem Urteil des SG Hildesheim vom 21. Oktober 2019 vermag sich der Senat nicht anzuschließen.

Die als echte Leistungsklage nach § 54 Abs 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Leistungsklage ist unbegründet. Der Klägerin steht in Bezug auf die Vergütung der Krankenhausbehand-

lungen in den Fällen der Versicherten P. und Q. kein Rückzahlungsanspruch zu. Als Rechtsgrundlage kommt allein ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Betracht. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. zB BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 Rn 15, stRspr). Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Die Klägerin beglich die Rechnungen der Beklagten nicht ohne Rechtsgrund.

Rechtsgrundlage ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der vorliegend für die Behandlungs- und Abrechnungsfälle in den Jahren 2010 und 2011 maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für die Jahre 2010 und 2011 (Fallpauschalenvereinbarungen 2010/2011 - FPV-2010/2011) sowie der am 1. November 1992 in Kraft getretene Vertrag zu den Bereichen des § 112 Abs 2 Nr 1, 2, 4 und 5 SGB V zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen (Niedersächsischer Sicherstellungsvertrag).

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr, vgl. zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, Rn 11; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, Rn 15; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, Rn 13; alle mwN). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass bei den beiden Versicherten eine Lebertransplantation indiziert war. Die in diesem Zusammenhang gegebene Erforderlichkeit der stationären Behandlung bestand im vollen abgerechneten Umfang; sämtliche Maßnahmen – insbesondere auch die Transplantation selbst – wurden nach den Regeln der ärztlichen Kunst erbracht. Auch über die zutreffende Abrechnung der Leistungen besteht Einigkeit.

Insofern besteht gerade keine rechtliche Vergleichbarkeit mit den vom SG T. (Urteil vom 6. Februar 2018 – S 13 KR 262/17) und LSG U. (Urteil vom 17. Dezember 2020 – L 16 KR 128/18) entschiedenen Fällen, in denen die den stationären Behandlungen zugrundeliegenden Operationen von einer zu Unrecht als Arzt approbierten Person durchgeführt worden waren. Da es sich bei diesen durch einen „Nichtarzt“ durchgeführten Maßnahmen nicht um Leistungen im Sinne der §§ 2 Abs 1 Satz 3, 12 Abs 1 SGB V, sondern um Körperverletzungen gehandelt hat, bestand ihre Erforderlichkeit gerade nicht (LSG U., aaO, juris Rn 41).

Der Umstand, dass bei der Meldung der Daten der beiden Versicherten unzutreffende Angaben zu kürzlich durchgeführten Nierenersatztherapien gemacht wurden, lässt einen Vergütungsanspruch ebenfalls nicht entfallen. Dabei hat die Klägerin richtigerweise darauf hingewiesen, dass nach der ständigen Rechtsprechung des BSG zum Vertragsarztrecht und zum Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion zu gewährleisten haben, dass sich die Leistungserbringung nach den für diese Art der Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht (*BSG, Urteil vom 17. März 2005 - B 3 KR 2/05 R*). Das wird dadurch erreicht, dass dem Leistungserbringer für Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und für den Versicherten geeignet und nützlich sind (*BSG, aaO; Urteil vom 28. September 2010 – B 1 KR 3/10 R–, BSGE 106, 303-313, SozR 4-2500 § 129 Nr 6, Rn 32; BSGE 86, 66, 76 = SozR 3-2500 § 13 Nr 21 S 97 f mwN <1. Senat>; BSGE 94, 213 Rn 26 = SozR 4-5570 § 30 Nr 1 Rn 23 mwN und BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 7 Rn 29 mwN <3. Senat>; BSGE 74, 154, 158 = SozR 3-2500 § 85 Nr 6 S 35 f mwN und BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 3 Rn 14 mwN <6. Senat>*). Nur soweit Vorschriften eine reine Ordnungsfunktion haben, kann etwas anderes gelten (*vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 7 Rn 29 mwN; BSG, Urteil vom 12. August 2021 – B 3 KR 8/20 R Rn 21*).

Allerdings handelt es sich bei der ordnungsgemäßen Meldung der Daten an Eurotransplant nicht um eine formale oder inhaltliche Voraussetzung zur Entstehung eines Vergütungsanspruchs für die stationäre Krankenhausbehandlung des Transplantationspatienten. Während § 39 SGB V lediglich die Voraussetzungen einer Zulassung des erbringenden Krankenhauses sowie der Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit der stationären Behandlung aufstellt, bestimmt § 13 Abs 3 Satz 3 TPG zwar, dass die Transplantationszentren die für die Organvermittlung erforderlichen Angaben über die in die Wartelisten aufgenommenen Patienten nach deren schriftlicher Einwilligung an die Vermittlungsstelle melden. Zur Voraussetzung für die Entstehung des Vergütungsanspruchs werden diese Angaben jedoch nicht gemacht. Insofern ist der Fall nicht vergleichbar mit einer Vielzahl von Entscheidungen des BSG zur Vergütung von Arzneimitteln, bei denen gemäß § 129 SGB V die Apotheken vertragsärztlich verordnete Arzneimittel stets nur nach Maßgabe der ergänzenden Rahmenvereinbarungen und Landesverträge (§ 129 Abs 2 und Abs 5 Satz 1 SGB V, vgl auch § 2 Abs 2 Satz 3 SGB V) an Versicherte der GKV abgeben und die Apotheken im Gegenzug einen vertraglich näher ausgestalteten gesetzlichen Anspruch auf Vergütung gegen die Krankenkassen erwerben (*BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 – B 3 KR 13/08 R–, BSGE 105, 157-170, SozR 4-2500 § 129 Nr 5, Rn 16*). Bei einem Verstoß gegen die Abgabevorschriften – beispielsweise gegen den jeweils gültigen Arzneimittellieferungsvertrag – ist somit bereits nach dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut kein

Vergütungsanspruch entstanden (so zB bei BSGE 94, 213 = SozR 4-5570 § 30 Nr 1 Rn 12 ff <Verstoß gegen § 4 Abs 1 und 4 ALV>; BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 1, Rn 17 ff <Verstoß gegen § 5 Abs 2 ALV>; BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 2 Rn 21 ff <Verstoß gegen § 4 Abs 1 und 5 ALV>; BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 - B 3 KR 13/08 R Rn 26 ff). Demgegenüber hat das BSG einen Erstattungsanspruch der Krankenkasse verneint, wenn keine Abgabe-, sondern lediglich eine anderweitige (hier Abrechnungs-) Bestimmung verletzt wurde (BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 3 Rn 14 ff <Kein Verstoß gegen einen landesrechtlichen ALV in Bezug auf die verspätete Einreichung von Verordnungen zur Bezahlung bei der KK>).

Auch in den zum Vertragsarztrecht entschiedenen Fällen des BSG lag jeweils ein Verstoß gegen vertragliche Vergütungsvereinbarungen vor (BSG, Urteil vom 4. Mai 1994 – 6 RKa 40/93, BSGE 74, 154-159, SozR 3-2500 § 85 Nr 6, SozR 3-1300 § 53 Nr 2 <Dialysebehandlung entgegen vertraglicher Verpflichtungen>; BSG, Urteil vom 10. Mai 1995 – 6 RKa 30/94 –, SozR 3-5525 § 32 Nr 1, SozR 3-1300 § 45 Nr 25 <Leistungen eines nicht genehmigten Assistenten oder Vertreters>; BSG, Urteil vom 21. Juni 1995 – 6 RKa 60/94 –, BSG, Urteil vom 13. November 1996 – 6 RKa 31/95 –, BSGE 79, 239-250, SozR 3-2500 § 87 Nr 14 <Rechtsstreit über Gültigkeit kollektiv-vertraglicher Regelungen>; BSG, Urteil vom 26. Januar 2000 – B 6 KA 59/98 R <Aids-Tests>); die abrechnende Person war zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht befugt (BSGE 76, 153-156, SozR 3-2500 § 95 Nr 5 <Kassenzulassung als Arzt durch Vorspiegelung falscher Tatsachen>; BSG, Urteil vom 28. Januar 1998 – B 6 KA 41/96 R –, SozR 3-1500 § 97 Nr 3 <Drittanfechtung einer Krankenhausarzt-Ermächtigung>); die abgerechnete Leistung wurde überhaupt nicht erbracht (BSG, Urteil vom 10. Mai 1995 – 6/14a RKa 3/93 <Falschabrechnung - Entfernen weicher und harter Zahnbeläge>) oder sie wurde nicht ordnungsgemäß erbracht (BSG, Urteil vom 18. Dezember 1996 – 6 RKa 66/95 –, BSGE 80, 1-9, SozR 3-5545 § 19 Nr 2 <Erstattung der Vergütung an Krankenkasse bei nicht ordnungsgemäßer Leistung>). In einem Fall wurde statt der abgerechneten ambulanten Operation eine stationäre Behandlung durchgeführt (BSG, Urteil vom 08. September 2004 – B 6 KA 14/03 R –, SozR 4-2500 § 39 Nr 3). Allen Fällen war aber gemein, dass bereits die ausdrücklich festgelegten gesetzlichen bzw vertraglichen Voraussetzungen für eine Abrechnung nicht vorlagen und das BSG sodann in der Folge auch einen Wertersatz nach bereicherungsrechtlichen Vorschriften verneinte, um die nicht erfüllten Vorgaben nicht zu umgehen. So liegt der hiesige Fall jedoch nicht. Es fehlt gerade nicht an der Erfüllung einer Vergütungsvoraussetzung, so dass sich die Frage nach einem zumindest bereicherungsrechtlichen Anspruch überhaupt nicht stellt.

Die falsch gemeldeten Daten führen zur Überzeugung des Senats entgegen der Auffassung des SG auch nicht dazu, dass die Erforderlichkeit der stationären Leistungen selbst „im engeren Sinne“ entfällt. Zwar ist eine nach zwingenden normativen Vorgaben ungeeignete Versorgung

Versicherter nicht im Rechtssinne „erforderlich“. Versicherte haben aufgrund des Qualitätsgebots (§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V) und des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs 1 SGB V) keinen Anspruch auf ungeeignete Leistungen, insbesondere auf Krankenbehandlung (§ 27 Abs 1 SGB V) einschließlich Krankenhausbehandlung. Krankenhäuser sind dementsprechend auch grundsätzlich weder befugt, ungeeignet zu behandeln noch berechtigt, eine Vergütung hierfür zu fordern (*BSG, Urteil vom 19. April 2016 – B 1 KR 28/15 R–, SozR 4-2500 § 137 Nr 7, Rn 13*). Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes für alle Leistungsbereiche des SGB V (*vgl zB BSGE 105, 271 = SozR 4-2500 § 40 Nr 5, Rn 27; BSGE 113, 231 = SozR 4-2500 § 40 Nr 7, Rn 16*). Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (*vgl § 12 Abs 1 S 2 SGB V sowie § 2 Abs 1 S 1, § 4 Abs 3, § 70 Abs 1 SGB V*). Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dieser Gesetzeskonzeption uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht (*vgl zB BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 29 Rn 14; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 9 Rn 10 mwN*). Das SGB V macht keine Ausnahme hiervon für Krankenhausbehandlung (*vgl zum Ganzen auch BSGE 116, 138 = SozR 4-2500 § 12 Nr 4, Rn 18 ff*). Zu den Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs gehört daher auch die Verpflichtung des Krankenhauses, die Leistung nur nach Maßgabe bestimmter Qualitätssicherungsanforderungen erbringen zu dürfen (*BSG, Urteil vom 19. April 2016 – B 1 KR 28/15 R*).

Ein Verstoß gegen die Meldepflichten gegenüber Eurotransplant hat jedoch keinen Einfluss auf die Eignung und Qualität der erbrachten Transplantationen. Zweck der Einführung des TPG war die zivil- und strafrechtliche Absicherung der Organspende und Organentnahme zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen, die gesundheitsrechtliche Absicherung der Organübertragung sowie das strafbewehrte Verbot des Organhandels. Durch einen klaren rechtlichen Handlungsrahmen sollten bestehende Rechtsunsicherheiten ausgeräumt und eine dadurch bedingte Zurückhaltung bei der Organspende überwunden werden. Durch eine bessere Organisation der bei der Spende lebenswichtiger Organe erforderlichen Maßnahmen sollten vorhandene Möglichkeiten unter Berücksichtigung qualitativer Kriterien besser genutzt werden. Die Gleichbehandlung der nach ärztlicher Entscheidung für eine Transplantation vorgesehenen Patienten sollte durch medizinische Kriterien für die Vermittlung lebenswichtiger Organe gewährleistet werden (*BT-Drucksache 13/4355, Seite 11*). Speziell die Meldung der erforderlichen Patientenangaben nach § 13 Abs 3 TPG (ursprünglich § 12 Abs 3 TPG) hat wesentliche Bedeutung für die Wahrung der Chancengleichheit der Patienten, ein geeignetes Spenderorgan zu erhalten, sobald ein solches verfügbar ist (*BT-Drucksache 13/4355, Seite 27*). Ziel der geschaffenen Regelungen waren im Wesentlichen also zum einen die (bessere) Organisation der Or-

ganspenden und zum anderen die Sicherstellung einer möglichst großen Verteilungsgerechtigkeit nach objektiven, transparenten, gerechten und nachvollziehbaren Maßstäben als Ausdruck der Menschenwürde (siehe auch BGH, Urteil vom 28. Juni 2017 – 5 StR 20/16). Insofern ist dem SG darin beizupflichten, dass es sich hierbei um hohe Schutzgüter handelt; geschützt wird aber gerade nicht – jedenfalls nicht im hiesigen Fall – die Qualität der Transplantationen. Die Falschangaben gegenüber Eurotransplant bezogen sich lediglich auf das Ausmaß der Dringlichkeit (nach den von der BÄK aufgestellten Maßstäben), nicht auf das Erfordernis einer Transplantation als solche. Wäre eine ausreichende Anzahl von Lebern vorhanden gewesen, so dass keine Auswahl hätte erfolgen müssen, hätte am Vergütungsanspruch der Beklagten keinerlei Zweifel bestanden. Insoweit unterscheiden sich die hiesigen Fälle von einigen von der Staatsanwaltschaft mitangeklagten Taten, in denen bereits eine Indikation zur Transplantation nicht bestand oder eine solche zumindest bestritten wurde (siehe zB die Geschädigten 12 bis 14 in der Anklageschrift, Seite 15 ff). Die getätigten Falschangaben hier mögen damit moralisch falsch sein; den Vergütungsanspruch für die – korrekte – Behandlung der beiden Versicherten P. und Q. berühren sie aber nicht. Die Falschmeldungen durch die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen gewissermaßen „zu ahnden“ und damit einem Gerechtigkeitsempfinden Genüge zu tun, ist nicht Aufgabe der Krankenkassen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG in Verbindung mit 154 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision wurde wegen grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) zugelassen.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm §§ 43 Abs 2, 47 Abs 1 und 2, 52 Abs 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann mit der Revision angefochten werden.

Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen

Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen ab 1. Januar 2022 die Revision als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Revision muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Anschriften:

bei Brief und Postkarte
34114 Kassel

bei Eilbrief, Telegramm, Paket und Päckchen
Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel

Telefax-Nummer:
0561-3107475

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,

2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,

3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,

4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,

5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,

6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,

7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ih-

rer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Revision ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen ab 1. Januar 2022 die Begründung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG). Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben.

Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass die angefochtene Entscheidung auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Bundesgerichts hinaus erstreckt.

F.

G.

Dr. H.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen ab 1. Januar 2022 den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG).

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen**. Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Revision begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen

innerhalb der Frist für die Einlegung der Revision beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Revisionschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.