

NEWSLETTER DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; I/2023

Gesundheitsrecht, insbesondere Krankenhausrecht

1. BSG: Kündigung eines Versorgungsvertrages nach Maßgabe des § 110 SGB V ist kein Verwaltungsakt.....	2
2. Ablehnung eines Vertragsangebotes eines Krankenhauses auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V ist kein Verwaltungsakt.....	2
3. Strahlentherapieentscheidung des BSG vom 26.04.2022 umstritten	3
4. Umstrittene Zu- und Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung	3
5. Aufschlagszahlungen gem. § 275c Abs. 3 SGB V nicht für Behandlungsfälle vor 2022	4
6. Aufwandspauschalen verjähren in vier Jahren	4
7. Landesvertraglich vereinbartes Aufrechnungsverbot in NRW ist wirksam	5
8. Verzicht der Krankenkasse auf ein Prüfverfahren	7
9. Fallzusammenführung auch bei Spalte-13 Kennzeichnung	9
10. Präzisierung der OPS-Kodes für die Neurologische Komplexbehandlung	10
11. Weiterhin keine Erleichterung bei der Geltendmachung von Nothelferansprüchen	10
12. Beweislastumkehr bei nicht eingeleitetem Prüfverfahren und Hinzuziehung von nicht fest angestelltem Personal	11
13. Kodierung der Trochleoplastik als Osteotomie.....	12
14. Stationäre Liposuktion als Potenzialeistung	13
15. Räumliche Nähe von ausgelagerten Praxisräumen zum Vertragsarztsitz.....	14

1. BSG: Kündigung eines Versorgungsvertrages nach Maßgabe des § 110 SGB V ist kein Verwaltungsakt

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einem Grundsatzurteil vom 13.12.2022 (B 1 KR 37/21 R) entschieden, dass es sich bei der Kündigung eines Versorgungsvertrages mit Krankenhäusern nach § 110 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ihrer Rechtsnatur nach nicht um einen Verwaltungsakt (VA) handelt. Eine entgegenstehende Rechtsprechung, die zum Teil noch aus Zeiten der Reichsversicherungsordnung (zu § 371 RVO) stammt, wurde aufgegeben. Richterweise sei die Kündigung eines Versorgungsvertrages eines Krankenhauses eine einseitige öffentlich-rechtliche Willenserklärung, die deshalb nicht in der Form eines VA erfolgen dürfe. Geschehe dies dennoch, sei der VA auf die Anfechtungsklage hin aufzuheben.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

2. Ablehnung eines Vertragsangebotes eines Krankenhauses auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V ist kein Verwaltungsakt

Aus dem Grundsatzurteil des BSG vom 13.12.2022 (B 1 KR 37/21 R) folgt zugleich, dass auch die Ablehnung des Angebots eines Krankenhausträgers auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach den §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V kein VA darstellt. Auch insoweit fehlt es für die Annahme eines VA an einem Über-/Unterordnungsverhältnis zwischen den Verbänden der Krankenkassen und dem Krankenhausträger. Erfolgt gleichwohl die Ablehnung des Antrags auf Abschluss eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Krankenkassen in Form eines VA, ist dies aus den gleichen Gründen wie Kündigung eines Versorgungsvertrages rechtswidrig und auf gerichtliche Klage hin aufzuheben.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

3. **Strahlentherapieentscheidung des BSG vom 26.04.2022 umstritten**

Mit Urteil vom 26.04.2022 – B 1 KR 15/21 R – hat das BSG ausgeführt, Strahlentherapieleistungen einer vom Krankenhaus hinzugezogenen Vertragsarztpraxis seien keine vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG. Einem Krankenhaus sei es nicht gestattet, wesentliche, vom Versorgungsauftrag umfasste Leistungen regelmäßig und planvoll auf Dritte auszulagern. Diese – ohnehin umstrittene – Rechtsauffassung des BSG wird nun zusätzlich durch ein neueres Urteil des LSG Hamburg vom 23.06.2022 – L 1 KR 60/21 – infrage gestellt. Die Revision wurde zugelassen. Es bleibt daher abzuwarten, ob das BSG an seiner Rechtsauffassung festhält.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

4. **Umstrittene Zu- und Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat durch einen Beschluss vom 19.04.2018 grundlegend die Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung bestimmt. Hieran anknüpfend haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, PKV und DKG) eine Vereinbarung über Zu- und Abschläge bei der Notfallversorgung (Notfallstufenvergütungsvereinbarung) unter dem 10.12.2018 getroffen, wonach insbesondere die Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung dazu führt, dass ein Abschlag für jeden vollstationären Behandlungsfall zu entrichten ist.

Der rechtliche Zusammenhang des G-BA-Beschlusses vom 19.04.2018 mit der Notfallstufenvergütungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner vom 10.12.2018 führt immer wieder zu Rechtsstreitigkeiten, wobei schon die Rechtswegfrage ungeklärt erscheint. Kommt eine Einigung über die Zuordnung des Krankenhausstandortes zu einer Notfallstufe nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 KHG. Für entsprechende Streitigkeiten wären die Verwaltungsgerichte zuständig. Besteht Streit über die Voraussetzungen einer Notfallstufe im Zusammenwirken mit der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde, käme ebenso der Verwaltungsrechtsweg in Betracht. Anders ist dies bei der Vergütung des

Krankenhauses und den Vergütungszuschlag. Hier kommt eine Zuständigkeit der Sozialgerichte in Betracht.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

5. Aufschlagszahlungen gem. § 275c Abs. 3 SGB V nicht für Behandlungsfälle vor 2022

Das SG Duisburg hat in mehreren von uns vertretenen Verfahren den Klagen auf Rückzahlung verrechneter Strafzahlungen gem. § 275c Abs. 3 SGB V stattgegeben und auch die Bescheide der Krankenkasse zur Festsetzung dieser Aufschlagszahlungen aufgehoben (Urt. v. 30.1.2023 S 17 KR 2190/22, S 17 KR 2197/22 und S 17 KR 2252/22). Die Aufrechnung gegen andere unstreitige Forderungen verstoße gegen das in NRW landesvertraglich vereinbarte Aufrechnungsverbot und die Festsetzungsbescheide seien materiell rechtswidrig. Anknüpfungspunkt für die Aufschlagszahlung seien die Rechnungen des Krankenhauses, die aber aus dem Jahr 2021 stammen. Auf Behandlungsfälle vor 2022 finde aber die gesetzliche Regelung zur Aufschlagszahlung keine Anwendung. Das Gericht hat bzgl. der tenorierten Aufhebung der Bescheide die Berufung zugelassen.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

6. Aufwandspauschalen verjähren in vier Jahren

Das LSG NRW hat in einem von uns vertretenen Verfahren bestätigt, dass Aufwandspauschalen in vier Jahren verjähren. Die Krankenkasse hatte sich auf eine dreijährige Verjährungsfrist berufen. Ob mit Inkrafttreten des neuen § 109 Abs. 5 S. 1 SGB V und der neuen zweijährigen Verjährungsfrist für Krankenhausabrechnungen etwas anderes gilt, war vom LSG nicht zu entscheiden, weil es sich um einen Altfall handelte (LSG NRW L 10 KR 102/22 vom 7.12.2022).

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

7. Landesvertraglich vereinbartes Aufrechnungsverbot in NRW ist wirksam

Das LSG NRW hat mit Urteil vom 15.11.2022 – L 5 KR 742/20 seine langjährige Rechtsprechung zur Wirksamkeit des landesvertraglich vereinbarten Aufrechnungsverbots bekräftigt. Insbesondere sieht es auch keinen Verstoß gegen höherrangiges Bundesrecht: Weder liegt ein Verstoß gegen § 76 Abs. 1 SGB IV noch gegen § 71 Abs. 1 S. 1 SGB V vor. Auch der Neuregelung des § 109 Abs. 6 SGB V lässt sich eine Unwirksamkeit des landesvertraglichen Aufrechnungsverbot nicht entnehmen.

§ 76 Abs. 1 SGB IV bestimmt, dass Einnahmen durch die Sozialversicherungsträger vollständig und rechtzeitig zu erheben sind. Unter die Norm fallen nicht nur Beiträge, sondern alle geldwerten Forderungen, die ihnen aus ihren öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Beziehungen zustehen Grundsätzlich fallen damit auch öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche der Krankenkassen gegenüber Krankenhausträgern unter die Norm. Die Norm steht jedoch einer vertraglichen Vereinbarung eines Aufrechnungsverbotes nicht entgegen. Denn die Vereinbarung eines Aufrechnungsverbotes im SVTr ist nicht gleichzusetzen mit einem gänzlichen Verzicht auf den Anspruch. Die Krankenkassen begeben sich damit lediglich jenseits der in § 15 Abs. 4 S. 2 SVTr geregelten Fälle der Möglichkeit, eine streitige Forderung geltend zu machen, ohne selbst den Klageweg beschreiten zu müssen. Der ihnen aus § 76 Abs. 1 SGB IV auferlegte Verpflichtung der Geltendmachung von Erstattungsforderungen können und müssen sie aber weiterhin durch außergerichtliche Einigungsversuche oder Klageerhebung nachkommen.

Auch der in § 71 Abs. 1 S. 1 SGB V niedergelegte Grundsatz der Beitragssatzstabilität steht dem landesvertraglichen Aufrechnungsverbot nicht entgegen, weil deren Anwendungsbereich vorliegend schon nicht eröffnet ist. Die Norm bestimmt, dass die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten haben, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. Absatz 1 Satz 1 erfasst daher nach seinem Regelungsgehalt alle Vergütungsvereinbarungen nach dem SGB V, die zwischen

Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden. Bei dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V handelt es sich aber gerade nicht um eine Vergütungsvereinbarung. Das Bestehen von Vergütungsvereinbarungen ist vielmehr zwingende Voraussetzung für die vorliegend streitige Norm des § 15 SVTr. Erst das Bestehen eines konkreten Vergütungsanspruchs macht es nämlich möglich, eine Vereinbarung über die Zahlungs- und Verrechnungsmodalitäten zu treffen (so auch LSG NRW, Urteil vom 22.12.2021 -L 11 KR 637/20 Rn. 49 <juris>). Selbst wenn man aber annähme, dass durch § 15 SVTr grundsätzlich eine Vereinbarung über die Vergütung getroffen würde, so bleibt festzuhalten, dass zumindest Abs. 4 der Norm sich nicht auf die von der Krankenkasse zu zahlenden Vergütungen bezieht, sondern auf die öffentlich-rechtlichen Erstattungsansprüche und deren vereinfachte Geltendmachung durch Aufrechnung durch die Krankenkassen. Die Erstattungsansprüche fallen aber nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut des § 71 Abs. 1 S. 1 SGB V nicht unter die darin enthaltene Regelung.

Schließlich lassen sich auch aus der zum 01.01.2020 neu geschaffenen Regelung des § 109 Abs. 6 SGB V keine Erkenntnisse über die Zulässigkeit eines bereits bestehenden Aufrechnungsverbotes gewinnen. Die Norm bestimmt, dass gegen Forderungen von Krankenhäusern, die aufgrund der Versorgung von ab dem 01.01.2020 aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind, Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen können. Die Aufrechnung ist nach Satz 2 allerdings möglich, wenn die Forderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird oder rechtskräftig festgestellt wurde. In der PrüfV können zudem abweichende Regelungen vorgesehen werden. Nach der Gesetzesbegründung war diese Neuregelung notwendig geworden, weil Krankenkassen in der Vergangenheit Rückforderungsansprüche gegen Krankenhäuser wegen überzahlter Vergütungen durch Aufrechnung realisiert hätten, was zu Liquiditätsengpässen auf Seiten der Krankenhäuser geführt habe (BT-Drs.19/13397, S. 54). Der Gesetzgeber hatte also erkannt, dass zu weitreichende Aufrechnungsmöglichkeiten der Krankenkassen die Krankenhäuser in finanzielle Schieflage bringen konnten. Dies zum einen, weil durch Aufrechnungen die Krankenkassen ihre behaupteten Erstattungsansprüche schnell und ohne den Klageweg zu beschreiten geltend machen konnten. Zum anderen verlagerte sich

so das Prozess- und insbesondere das Prozesskostenrisiko eines Klageverfahrens, in dem die klagenden Krankenhäuser zunächst den Kostenvorschuss einzahlen müssen, auf diese. Wenn der Bundesgesetzgeber aus diesen Gründen nun bundesgesetzlich ein weitgehendes Aufrechnungsverbot statuiert hat, so mag dies eine Neuerung darstellen. Dies sagt jedoch nichts über die Zulässigkeit bereits zuvor bestehender Aufrechnungsverbote aus. Vielmehr liegt es nahe, dass die Neuregelung gerade das Ziel verfolgte, die landesvertraglich sehr unterschiedlich geregelten Verrechnungsmodalitäten zu vereinheitlichen, weil bislang nicht in allen Bundesländern derartige Aufrechnungsverbote bestanden hatten. Wenn der Gesetzgeber einem bisherigen Missstand durch die Einführung eines bundeseinheitlichen Aufrechnungsverbotes begegnen wollte, so ist es fernliegend anzunehmen, dass er bereits bestehenden landesrechtlichen Aufrechnungsverböten ihre Zulässigkeit absprechen wollte. Die Revision zum BSG wurde zugelassen.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae, Dortmund

8. Verzicht der Krankenkasse auf ein Prüfverfahren

Mittlerweile liegen die schriftlichen Urteilsgründe der Grundsatzentscheidung des BSG vom 22.6.2022, B 1 KR 19/21 R vor. Dieses hält fest, dass der - zulässige - Verzicht einer Krankenkasse auf das Prüfverfahren diese mit Einwänden gegen den Vergütungsanspruch nicht ausschließt, jedoch die Amtsermittlungspflicht des Gerichts beschränkt und bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen ist. Das Gericht darf weder Unterlagen des Krankenhauses beiziehen noch Ärzte des Krankenhauses als Zeugen über das Behandlungsgeschehen vernehmen noch auf anderem Weg sich Kenntnis von Vorgängen im Krankenhaus verschaffen, die vom MDK im Prüfverfahren zulässigerweise hätten ermittelt werden können. Insoweit besteht für das Krankenhaus ein Recht zur Verweigerung der an sich gebotenen Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts. Dem Krankenhaus bleibt allerdings unbenommen, freiwillig Unterlagen vorzulegen oder andere Beweismittel anzubieten; diese unterliegen keinem Beweisverwertungsverbot.

Da bei Nichtdurchführung des Prüfverfahrens der Krankenkasse ihre Einwände nicht abgeschnitten sind, ist das Sozialgericht in einem Vergütungsstreit zwar zur

Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts - ausgehend vom Vortrag der Kasse - verpflichtet. Zur weitergehenden Ermittlung durch das Gericht besteht allerdings nur dann Anlass, wenn von der Kasse ein dem Gericht nicht bekannter Sachverhalt so vorgetragen wird, dass seine Entscheidungserheblichkeit erkennbar wird und sich daraus Anlass zu Ermittlungen ableiten lässt. Dies erfordert, dass die Kasse auf konkrete Beweismittel außerhalb der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses Bezug nimmt, aus denen Tatsachenbehauptungen abgeleitet werden können, die, wenn sie zutreffen, geeignet sind, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses zu reduzieren oder gar auszuschließen.

Es ergeben sich für die Kasse somit bei Verzicht auf ein Prüfverfahren gesteigerte Darlegungsanforderungen. Sie muss im Vergütungsstreit ihre Einwände gegen den Vergütungsanspruch des Krankenhauses auch ohne die Notwendigkeit der Datenerhebung beim Krankenhaus schlüssig vortragen. Nur wenn sich hieraus Tatsachen ergeben, die für sich genommen dem Vergütungsanspruch entgegenstehen können, ist weiter zu ermitteln, etwa durch Einholung eines Sachverständigengutachtens. Hingegen ist eine Überzeugungsbildung des Gerichts zugunsten der Kasse nicht schon dadurch ausgeschlossen, dass sich immer auch (irgend)etwas anderes aus den Behandlungsunterlagen des Krankenhauses ergeben könnte.

Bleiben jedoch relevante Tatsachen für die von der Kasse erhobenen Einwände unaufklärbar, gehen verbleibende Zweifel zu ihren Lasten. Das Krankenhaus soll nicht unter dem Druck der Beweislast letztlich doch gezwungen sein, Behandlungsunterlagen zu offenbaren, deren Anforderung dem Gericht verwehrt ist. Ansonsten würde eine berechtigte Weigerung des Krankenhauses, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, oder ein Verwertungsverbot für unzulässig erhobene Beweise dem Krankenhaus entgegen der gesetzlichen Wertung zum Nachteil gereichen, wenn sich das Gericht auf der Grundlage der verfügbaren Daten nicht die Überzeugung bilden kann, der Vergütungsanspruch des Krankenhauses sei berechtigt.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

9. Fallzusammenführung auch bei Spalte-13 Kennzeichnung

Das BSG hat mit Urteil vom 26.04.2022, B 1 KR 14/21 R, erneut seine Rechtsprechung zur Fallzusammenführung aufgrund fiktiv-wirtschaftlichen Alternativverhaltens bekräftigt und diese überraschend auch auf jene Fälle ausgeweitet, welche gemäß der Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) nach dem Willen der Vertragsparteien explizit hiervon ausgenommen werden sollten. Eine derartige Rückausnahme von der Fallzusammenführung, so in § 2 Abs. 2 Satz 2 der FPV für die in Spalte 13 des Fallpauschalenkataloges gekennzeichneten Fälle, hat nach Ansicht des BSG lediglich zur Folge, dass es bei der konkreten Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall verbleibt: Die preisrechtlichen Regelungen der FPV seien aufgrund ihrer Stellung in der Normenhierarchie und ihrer rechtssystematischen Verortung außerhalb der GKV nicht in der Lage, aus eigenem Geltungsgrund das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs 1 und des § 70 Abs 1 Satz 2 SGB V einzuschränken. Eine spezifische gesetzliche Ermächtigung zu einer solchen Einschränkung zu Lasten der Krankenkassen fehle den Vertragsparteien des § 17b Abs 2 Satz 1 KHG. Wenn somit in einem – nachträglich vollständig überprüfbar - überschaubaren Zeitraum zum einen Klarheit darüber geschaffen werden kann, ob eine Fortsetzung der stationären Behandlung medizinisch geboten war, und zum anderen die Fortsetzung der Behandlung aus medizinischen Gründen auch tatsächlich erfolgen kann, habe eine Fallzusammenführung auf Grundlage einer (fiktiven) Beurlaubung zu erfolgen. Als überschaubar sieht das BSG einen Zeitraum von zehn Tagen ab der Entscheidung über die Entlassung bis zur Fortsetzung der Behandlung an. Dies gilt allerdings dann nicht, wenn die Verzögerung auf rein organisatorischen Zwängen und Kapazitätsproblemen im Krankenhaus beruht. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gebietet es dann, Versicherte auch über zehn Tage hinaus zu beurlauben. Eine derartige Beurlaubung muss weder auf einer Initiative des Patienten beruhen, noch kann sie durch Regelungen im Landesvertrag nach § 112 SGB V eingeschränkt werden.

Ob diese Rechtsprechung des BSG auch für Fälle mit Aufnahmedatum ab dem 1. Januar 2019 nach Inkrafttreten des § 8 Absatz 5 KHEntgG gilt, ist derzeit in einem weiteren Revisionsverfahren anhängig, B 1 KR 10/22 R.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

10. Präzisierung der OPS-Kodes für die Neurologische Komplexbehandlung

Bei der Frage, ob die Strukturmerkmale der sog. Komplexkodes, etwa bei der neurologischen Komplexbehandlung oder auch bei der Intensivkomplexbehandlung, vorliegen, führt in der Praxis häufig zu erbitterten Auseinandersetzungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Dies nicht zuletzt deshalb, weil es um erhebliche Vergütungsansprüche geht. Umso erfreulicher ist es, dass für die Komplexkodes 8-981 und 8-98b semantische Unschärfen und potenzielle Konfliktfelder mit der Neufassung des OPS-Kodes ab dem Jahr 2023 beseitigt werden konnten:

Problematisch war vielfach die im Komplexkode geforderte ärztliche Anwesenheit nachts und am Wochenende, wonach eine ärztliche Verfügbarkeit „in räumlicher Nähe“ und „jederzeit“ gefordert wurde. Was dies konkret bedeutet, erschließt sich nicht ohne Weiteres. Diese beiden Voraussetzungen werden jetzt nicht mehr gefordert. Nunmehr ist klargestellt, dass sich während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und Feiertagen der für die jeweilige Schlaganfalleinheit zuständige Arzt/Ärztin noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik am Standort versorgt.

Darüber hinaus wurden die Zeitintervalle der 4-mal täglichen neurologischen Verlaufsuntersuchungen nun mit der Vorgabe „höchstens 8 Stunden“ vereinheitlicht. Damit entfallen die 6-stündigen Untersuchungsintervalle tagsüber, die in der Praxis auch regelmäßig zu Diskussionen mit dem MD geführt haben.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Dr. Peter Sieben, Stuttgart

11. Weiterhin keine Erleichterung bei der Geltendmachung von Nothelferansprüchen

Das BSG hat in seiner Entscheidung B 8 SO 2/21 R vom 06.10.2022 die bisherige Rechtsprechungslinie fortgeführt. Bezüglich einer um 01.22 Uhr an einem Wochentag notfallmäßig ins Krankenhaus eingelieferten Patientin mit unmittelbar per Fax um 02:01 Uhr übersandtem Kostenübernahmeantrag an den Sozialhilfeträger hat das BSG entschieden, dass die Klägerin keinen Anspruch gegen die

Beklagte auf Erstattung der Kosten für die an die Patientin erbrachte Krankenbehandlung hat. Gemäß bisher vorliegendem Terminsbericht scheitere ein Anspruch als Nothelferin nach § 25 SGB XII daran, unabhängig davon, ob bei der Patientin überhaupt ein Hilfebedarf bestand, dass die Beklagte bereits am ersten Behandlungstag Kenntnis von der eventuellen Notlage der Patientin hatte und damit ggf. Ansprüche der Patientin auf Hilfe bei Krankheit unmittelbar einsetzten. Ein Anspruch der Klägerin könne, wegen der Nichtübertragbarkeit von Sozialhilfeansprüchen, auch nicht aus einer hier erfolgten Abtretungserklärung der Patientin hergeleitet werden. Dieses gelte auch für den Sekundäranspruch auf Erstattung der Behandlungskosten, der als Freistellungsanspruch der Patientin zustehen könnte, jedoch - um nicht dem Abtretungsverbot zu unterfallen - bereits festgestellt sein müsste. Die Klägerin könne auch nicht im Wege der Prozessstandschaft einen solchen noch nicht festgestellten Anspruch der Patientin erfolgreich geltend machen, weil dadurch das Abtretungsverbot unterlaufen würde.

Ihr Ansprechpartner: Rechtsanwalt Frank Montag, Dortmund

12. Beweislastumkehr bei nicht eingeleitetem Prüfverfahren und Hinzuziehung von nicht fest angestelltem Personal

Das LSG NRW hat mit Urteil vom 02.06.2022, L 16 KR 827/20, in einem von uns geführten Verfahren die Klage einer Krankenkasse aufgrund eines Einwendungsausschlusses bei nicht eingeleitetem Prüfverfahren nachdrücklich abgewiesen. Die Kasse hatte hinsichtlich mehrerer Behandlungen im Jahre 2017 die Erstattung von Behandlungskosten unter Verweis darauf geltend gemacht, der abgerechnete OPS für eine geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-550) sei zu streichen, da dessen strukturelle Mindestmerkmale nicht erfüllt gewesen wären. Ein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 SGB V hätte nicht durchgeführt werden müssen, da ausweislich des Qualitätsberichtes des Krankenhauses ersichtlich sei, dass dieses nicht über einen fest angestellten Psychologen, Ergotherapeuten oder Logopäden verfügt hätte.

Das LSG stellte diesbezüglich fest, es sich hier nur um eine Behauptung der Kasse „ins Blaue hinein“ gehandelt hätte. Zwar könne eine Krankenkasse nicht zur Einleitung eines Prüfverfahrens gezwungen werden; Einwendungen könne sie bei

dessen Nichteinleitung jedoch nur hinsichtlich solcher Umstände machen, die unstrittig feststehen würden. Dies sei hier nicht der Fall, da die fehlende Beteiligung der maßgeblichen Berufsgruppen gerade nicht feststellbar sei. Dem Qualitätsbericht sei nur zu entnehmen, dass diesbezüglich Kooperationen mit angegliederten Praxen bestünden. § 2 Abs. 2 KHEntgG verlange jedoch nicht, dass Heilmittel im Krankenhaus nur durch von ihm angestelltes Personal abgegeben werden können, sondern nur die Erbringung der Leistungen unter seiner Weisungsdirektive, s. BSG, Urteil vom 26.04.2022, B 1 KR 15/21 R. Auch nach dem Wortlaut des OPS sei es nicht ausgeschlossen, eine Beteiligung der dort benannten Berufsgruppen nicht durch eigenes Personal, sondern über Kooperationen sicherzustellen.

Im Übrigen sei aufgrund des nicht eingeleiteten Prüfverfahrens keine weitere Prüfung der wöchentlichen Teambesprechungen anhand der Patientenunterlagen vorzunehmen. Die Krankenkasse sei hinsichtlich der von ihr begehrten Kostenerstattung insoweit beweispflichtig. Der Verzicht einer Krankenkasse auf ein Prüfverfahren bewirke jedoch eine Beweiserleichterung bis hin zur Beweislastumkehr zugunsten des Krankenhauses. Den Beweis des Nichtvorliegens der Voraussetzungen der Abrechenbarkeit des OPS und damit einer rechtsgrundlosen Zahlung könne die Kasse daher nicht mehr erbringen. Die Revision wurde nicht zugelassen.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

13. Kodierung der Trochleoplastik als Osteotomie

Vermeehrt monierten Krankenkassen in letzter Zeit, eine Trochleoplastik sei nicht mit dem OPS-Kode 5-781.ah (Osteotomie und Korrekturosteotomie): Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Femur distal) zu kodieren, sondern mit dem OPS-Kode 5-804.x (offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Sonstige). Dies vermindere den Vergütungsanspruch um ca. 2.500,00 €. Die Krankenkassen wandten teilweise ein, es liege keine gezielte Durchtrennung des Knochens vor. Teilweise wurde argumentiert, es handele sich vorliegend um einen Eingriff mit mehreren Bestandteilen (Arthroskopie und Osteotomie). Aufgrund des Prinzips der monokausalen Kodierung dürften jedoch nicht mehrere OPS-Kodes kodiert werden. Diesen Auffassungen hat das Sozialgericht Karlsruhe in den von

uns erstrittenen Entscheidungen (S 6 KR 3601/21 und S 9 KR 3602/21) eine Abgabe erteilt. Bei dem Eingriff erfolgte eine vertiefende Trochleoplastik nach Bereiter am Kniegelenk. Dabei erfolgte zunächst eine schrittweise subchondrale Osteotomie der Trochleaeingangsebene mit Meißeln. Dem folge ein schrittweises Abheben der Trochlea bis knapp vor die Notch sowie anschließend ein Ausdünnen mit dem Rosenbohrers, sodass die knorpelige Trochlea mit einer erhaltenen dünnen subchondralen Knochenlamelle flexibel und modellierbar wurde. Es erfolgte dann die Resektion der deutlichen lateralen und zentral knöchernen Überhöhung und Resektion des Bumps. Im Ergebnis wurden mithin einzelne Knochenstücke herausgemeißelt und somit abgetrennt. Auch liege hier kein Verstoß gegen das Prinzip der monokausalen Kodierung vor, da hier zwei pathologische Prozesse bestanden: Zum einen die Trochleadysplasie, zum anderen Patellaluxation. Mithin hätte die klägerische Klinik die durchgeführten Eingriffe, sprich die Arthroskopie und Trochleoplastik, auch getrennt voneinander an separaten Operationstagen voneinander durchführen können.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Alessia Porta, Stuttgart

14. Stationäre Liposuktion als Potenzialeistung

Das Bundessozialgericht entschied mit Datum vom 26.04.2022 (Az. B 1 KR 20/21 R) über einen Fall, bei dem die Klägerin von der beklagten Krankenkasse Kostenerstattung für 4 stationäre Liposuktionen der Beine und Oberarme und Oberarme zur Behandlung ihrer Lipödems (Befund gestützt: Typ IV., Stadium II) begehrte. Ihren Antrag vom 06.04.2018 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 24.04.2018 ab. Dennoch ließ die Klägerin die Behandlung durchführen (12/2008 – 8/2019). Die Klägerin machte geltend, sie leide unter einem Lipödem Stadium III. Ihre Klage blieb erst- und zweitinstanzlich erfolglos, da ihr kein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V zustünde. Stationäre Liposuktionen gehörten nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Ferner erfüllten sie nicht das Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Ein Anspruch ergebe sich auch nicht aus dem am 07.12.2019 ohne Rückwirkung in Kraft getretenen Beschluss des G-BA „Liposuktion bei Lipödem im Stadium III“. Die Revision der

Klägerin war erfolgreich im Sinne einer Aufhebung und Zurückverweisung. Laut Senat haben Versicherte außerhalb eines auf einer Erprobungsrichtlinie beruhenden Erprobungsverfahrens nur dann einen Anspruch auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen eines individuellen Heilversuchs, wenn es um eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung geht, wenn keine andere Standardbehandlung verfügbar ist und wenn die Leistung das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet. Laut Senat gelten diese Voraussetzungen auch für die Zeit nach Erlass einer Erprobungsrichtlinie weiter. Hierdurch werden Potenzialeistungen für Erkrankungen, die nicht den erforderlichen Schweregrad erreichen faktisch ausgeschlossen, selbst wenn die Erprobungsrichtlinie auch weniger schwere Krankheitsfelder erfasst. Die Betroffenen können in diesem Fall lediglich auf einen der raren Plätze im Erprobungsverfahren hoffen oder eine ergänzende Regelung nach § 137 e Abs. 2 Satz 3 SGB V durch den G-BA und dies, obwohl der Gesetzgeber Potenzialeistungen nicht auf schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankungen begrenzen wollte (BT-Drs. 18/4095, Seite 121: „Typischerweise schwerer erkrankten Versicherten“).

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Alessia Porta, Stuttgart

15. Räumliche Nähe von ausgelagerten Praxisräumen zum Vertragsarztsitz

Das BSG entschied mit Urteil vom 06.04.2022 (B 6 KA 12/21 R) über den folgenden Fall: Eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft für Labormedizin-Pathologie-Zytologie betreibt ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) am Standort in D und ein weiteres in MVZ in P. An beiden Standorten werden zytologische Laborleistungen für niedergelassene Gynäkologen erbracht. Im Juni 2017 zeigte die Berufsausübungsgemeinschaft der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung an, in neuen Räumlichkeiten eine rein zytologisch tätige Praxisstätte ohne Patientenkontakt betreiben zu wollen. Die KÄV teilte der Klägerin mit Schreiben vom 11.07.2017 mit, dass vertragsärztliche Leistungen nicht abgerechnet werden könnten, wenn der auszulagernde Praxisteil nicht mehr in räumlicher Nähe zum Standort des MVZ liege. Die hiergegen erhobene Klage vor dem SG war erfolgreich. Das LSG änderte auf die Berufung der KÄV das Urteil des SG und wies die Klage

ab. Mit einer Entfernung von 9 km zwischen dem Vertragsarztsitz und den ausgelagerten Praxisräumen und einer Fahrtzeit von 17 bis 19 Minuten liegen kein räumlicher Nahbereich mehr vor. Das BSG sah die Revision der Klägerin im Sinne der Aufhebung des Urteils des LSG und der Zurückweisung an das LSG als begründet an. Zwar stelle das Erfordernis der räumlichen Nähe sicher, dass die Präsenz des Vertragsarztes am Ort des Vertragsarztsitzes trotz Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen gewährleistet sei. Der Vertragsarzt müsse jedoch lediglich in einem angemessenen Zeitraum für Versicherte in der Vertragsarztpraxis persönlich erreichbar sein; dies gelte insbesondere auch bei Notfällen. Daran gemessen müsse die persönliche Anwesenheit des Vertragsarztes regelmäßig spätestens innerhalb von 30 Minuten am Vertragsarztsitz sichergestellt sein. Nachdem der Begriff der „räumlichen Nähe“ im Sinne des § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV bislang nicht höchstrichterlich geklärt war, hat das BSG für die Praxis nunmehr eine klare Grenze von 30 Minuten festgelegt.

Ihre Ansprechpartnerin: Rechtsanwältin Alessia Porta, Stuttgart

Ihre Partner für öffentliches Recht und Gesundheitsrecht

Anwaltskanzlei Quaas & Partner

Standort Stuttgart
Möhringer Landstr. 5
70563 Stuttgart
Tel.: 0711/9 01 32-0
Fax: 0711/9 01 32-99
info@quaas-partner.de

Standort Dortmund
Märkische Str. 115
44141 Dortmund
Tel.: 0231/22 24 28-30
Fax: 0231/22 24 28-31
info-do@quaas-partner.de

www.quaas-partner.de