

NEWSLETTER DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; I/2024**Gesundheitsrecht, insbesondere Krankenhausrecht**

1. Lauterbachsche Krankenhausreform weiter umstritten	3
2. BSG: Strahlentherapie-Urteil II	3
3. Kein Entfall des Vergütungsanspruchs bei Nichteinhaltung von Anforderungen in Qualitätsrichtlinien	4
4. Abschaffung der aufschiebenden Wirkung von Rechtsbehelfen in der nordrhein-westfälischen Krankenhausplanung.....	5
5. Keine gestaffelte Streitwertfestsetzung	5
6. Kein vollständiger Entfall des Vergütungsanspruchs bei teilweiser Nichteinhaltung von Anforderungen in Qualitätssicherungsrichtlinien.....	6
7. Unzulässigkeit von Rechnungskorrekturen nach § 17c KHG.....	8
8. Unzulässige Aufrechnung von Aufschlagszahlungen	9
9. Kostenlose Kopie der Patientenakte.....	10
10. Wechsel des Prüfverfahrens	10
11. Verjährung von Aufwandspauschalen	11
12. Schadensersatz bei Verlegung ohne sachlichen Grund.....	11
13. BSG schränkt seine „Schockraum-Rechtsprechung“ ein	12
14. Fehlende Mitteilung des Erstattungsanspruchs nach PrüfvV schließt Aufrechnung aus	13
15. Aufwandspauschale und Veranlassungsprinzip	14
16. Beweislastumkehr bei Nichteinhaltung eines Prüfverfahrens.....	15
17. Vergütungsanspruch bei ultima ratio Behandlungen.....	16
18. BSG bestätigt das in NRW landesvertraglich vereinbarte Aufrechnungsverbot	17
19. Ablehnung eines Richters wegen Befangenheit.....	18
20. Keine Fallzusammenführung aus Wirtschaftlichkeitsgründen seit dem 01.01.2019	20
21. Keine Präklusion von Krankenunterlagen bei MD-Begehung im Krankenhaus	21

22. Kodierung der Sepsis	21
23. BSG hält an Veranlassungsprinzip fest.....	22
24. Schadensersatz bei grundloser Verlegung.....	23
25. Off-Label-Use in der Schwangerschaft -SG setzt Grenzen-.....	23
26. Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) und unwirksame Beleihung des InEK sowie rechtswidrige Feststellung eines pflegesensitiven Bereichs ausschließlich auf Grundlage eines Fachabteilungsschlüssels	24

1. Lauterbachsche Krankenhausreform weiter umstritten

Die Lauterbachsche Krankenhausreform gerät weiter ins Stocken. Für den 02.02.2024 ist im Bundesrat die abschließende Beschlussfassung über das Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG) vorgesehen. Durch Einfügung von § 135d SGB V soll die Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung dadurch hergestellt werden, dass in einem bundesweiten Transparenzverzeichnis Informationen zu einzelnen Standorten von Krankenhäusern und Bewertungen dieser Informationen veröffentlicht werden. Dazu gehören die Fallzahl der erbrachten Leistungen und die dem Krankenhaus zugeordnete Versorgungsstufe, die in Level 1 bis 3 vorgesehen sind.

Mit dem KHTG soll der Grundstein für die Krankenhausreform gelegt werden, die durch insgesamt vier Gesetzgebungsverfahren eine nachhaltige Veränderung der stationären Versorgungslandschaft bewirken soll.

Nähere Auskünfte bei Prof. Dr. Michael Quaas

2. BSG: Strahlentherapie-Urteil II

Mit Urteil vom 26.04.2022 (Strahlentherapie I) hatte das BSG entschieden, dass die Ausgliederung von wesentlichen Leistungen des Versorgungsauftrags auf Dritte unzulässig sei. Das wurde für die Ausgliederung einer Abteilung für Strahlentherapie auf eine ambulante Strahlentherapiepraxis angenommen.

Mit Urteil vom 29.08.2023 (Strahlentherapie II) hat das BSG nunmehr Strahlentherapielieferungen einer Vertragsarztpraxis als zulässige Dritteleistungen gewertet. Allerdings habe insoweit kein Versorgungsauftrag des Krankenhauses bestanden.

Nähere Auskünfte bei Prof. Dr. Michael Quaas

3. Kein Entfall des Vergütungsanspruchs bei Nichteinhaltung von Anforderungen in Qualitätsrichtlinien

Das Sozialgericht Detmold hat in einem von uns vertretenen Fall mit Urteil vom 08. Dezember 2023 S 3 KR 2980/20 entschieden, dass ein seitens der Krankenkasse unterstellter Verstoß gegen die Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen des G-BA (MHI-RL) keine Streichung des OPS 5-35a.41 und damit verbundenen Vergütungsausschluss bewirke. Einen einschränkungslosen Automatismus zwischen Nichterfüllung von Anforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien und Vergütungsausschluss stehe § 137 Abs. 1 SGB V entgegen, wonach vom G-BA im Rahmen eines gestuften Sanktionssystems auch ein Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen werden „kann“. Nach den §§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 Satz 1 Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie des G-BA (QFD-RL) sei die Festlegung der Voraussetzungen eines Wegfalls der Vergütung jedoch den einzelnen themenspezifischen Richtlinien vorbehalten, was seine Grundlage in § 137 Abs. 1 Satz 6 SGB V habe (vgl. auch § 3 Abs. 1 QFD-RL). Folgerichtig werde in der QFD-RL nicht bestimmt, was unter einer Mindestanforderung im Einzelnen zu verstehen sei. Diese Festlegungen und weitere Konkretisierungen seien vielmehr den jeweiligen Einzelrichtlinien vorbehalten. Da in der MHI-RL kein Wegfall oder Minderung des Vergütungsanspruchs vorgesehen sei, scheidet eine Einschränkung des Vergütungsanspruchs des klagenden Krankenhauses mangels Rechtsgrundlage aus. Dem lasse sich auch nicht damit begegnen, aus dem Fehlen einer entsprechenden Regelung in der jeweiligen Einzelrichtlinie anknüpfend an die bis zum 31. Dezember 2015 geltende Rechtslage doch wieder einen Vergütungsausschluss zu schlussfolgern (vgl. Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, 2023, § 109 SGB V, Rdnr. 171). Denn hierdurch würde das Regulationssystem des § 137 Abs. 1 SGB V ignoriert. Der Gesetzgeber habe die zu der alten Fassung von § 137 Abs. 1 SGB V ergangene Rechtsprechung des BSG gerade zum Anlass der Neufassung der Vorschrift genommen und einen Wegfall des Vergütungsanspruchs unter Bindung an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz (ultima ratio) ausdrücklich dem Regelungsvorbehalt des G-BA unterstellt. Ein Vergütungsverlust ohne dessen Anordnung durch den GB-A sei hiermit unvereinbar.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Heike Thomaе, Dortmund

4. Abschaffung der aufschiebenden Wirkung von Rechtsbehelfen in der nordrhein-westfälischen Krankenhausplanung

Nordrhein-Westfalen hat durch Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes mit Wirkung zum 15.12.2023 (GV. NRW-Ausgabe 2023 Nr. 36 vom 15.12.2023 Seite 1275 bis 1282) die aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen für die Adressaten von Feststellungsbescheiden abgeschafft. Die Änderung wird in der Gesetzesbegründung knapp als quasi redaktionelle Anpassung an die Rechtslage in Bezug auf die bereits seit Jahren entfallene aufschiebende Wirkung von Rechtsmitteln gegen Bescheide zugunsten Dritter dargestellt, um eine „uneinheitliche Verfahrensweise bei der Umsetzung des Krankenhausplans 2022“ zu verhindern. Der Wegfall der aufschiebenden Wirkung wird angesichts der Tragweite der noch zu erwartenden Bescheide in vielen Fällen zu einer Verschiebung in den einstweiligen Rechtsschutz führen.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Heike Thomaе, Dortmund

5. Keine gestaffelte Streitwertfestsetzung

Das LSG NRW hat (wegen grundsätzlicher Bedeutung) mit Senatsentscheidung vom 11.12.2023 L 10 KR 427/23 B KH klargestellt, dass das Gerichtskostengesetz keine nach Zeitabschnitten gestaffelte Festsetzung des endgültigen Streitwertes vorsieht. In dem entschiedenen Fall war erstinstanzlich die Rücknahme eines Teils der Klageforderung erfolgt, den restlichen Betrag erkannte die beklagte Krankenkasse an. Das SG setzte den Streitwert in Höhe der gesamten Klageforderung fest. Hiergegen erhob die beklagte Krankenkasse Beschwerde. Der Senat weist zutreffend darauf hin, dass die Reduzierung der Klageforderung keinen Einfluss auf die Wertberechnung der Gerichtsgebühren zu Beginn des Rechtszuges habe. Eine gestaffelte Festsetzung sei auch nicht unter Berücksichtigung anwaltlicher Gebühreninteressen geboten.

Soweit in der Rechtsprechung einiger anderer LSG (z.B. Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt) bei teilweiser Erledigung des Rechtsstreits die Notwendigkeit einer gestaffelten Streitwertfestsetzung gesehen werde, folge der 10. Senat dieser Rechtsprechung nicht.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Heike Thomaе, Dortmund

6. Kein vollständiger Entfall des Vergütungsanspruchs bei teilweiser Nichteinhaltung von Anforderungen in Qualitätssicherungsrichtlinien

Das LSG Sachsen-Anhalt hatte mit Urteil vom 12.10.2023, L 6 KR 75/21, über die Frage zu entscheiden, ob bei teilweiser Nichterfüllung der in der Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL) genannten strukturellen Voraussetzungen der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses in voller Höhe entfällt. Das LSG verneinte dies mit folgenden Leitsätzen:

1. § 137 Abs 1 SGB V in der ab dem 1. Januar 2016 gültigen Fassung steht einem Automatismus zwischen Nichterfüllung von Anforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien und vollständigem Vergütungsausschluss entgegen.
2. Es obliegt der Regelungskompetenz des G-BA, ob er jede in einer Richtlinie nach § 136 Abs 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V enthaltene Vorgabe als Mindestanforderung mit der Folge eines Vergütungswegfalls bei Nichterfüllung einstuft oder dies unterlässt bzw. weitere Differenzierungen vornimmt.
3. Ein vollständiger Wegfall des Vergütungsanspruchs als schärfstes Sanktionsmittel kann nur dann Folge einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen sein, wenn dies die jeweils einschlägige Einzelrichtlinie des G-BA unter speziell geregelten und im betreffenden Einzelfall erfüllten Voraussetzungen themenspezifisch vorsieht. Etwas anderes gilt nur, wenn das Gesetz einen Vergütungswegfall – wie zum Beispiel in § 136b Abs 5 Satz 2 SGB V hinsichtlich eines Verstoßes gegen Mindestmengenregelungen – selbst vorgibt.

Im Einzelnen führt das LSG aus, dass ebenso wie etwa in der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma, der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene oder aber der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie auch in der MHI-RL kein Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen sei. Demgegenüber habe der G-BA einen solchen z.B. in § 7 Abs. 2 der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) normiert und in § 7 Abs. 7 QSFFx-RL zudem einen 75 %igen Vergütungsabschlag festgelegt. Wenngleich die Nichteinhaltung von Mindestvorgaben nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zwar als Regelfall ein Entfallen des Vergütungsanspruchs nach sich ziehe, gelte dies nach § 137 Abs. 1 Sätze 3-6 SGB V i.V.m. den §§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 Satz 1 QFD-RL allerdings nur dann, wenn der G-BA diese Rechtsfolge in der einschlägigen themenspezifischen Richtlinie vorsähe. Ein Fortfall des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses käme daher mangels Rechtsgrundlage nicht in Betracht. Dem lasse sich unter Hinweis auf § 2 Abs. 5 Satz 2 QFD-RL auch nicht damit begegnen, aus dem Fehlen einer entsprechenden Regelung in der jeweiligen Einzelrichtlinie anknüpfend an die bis zum 31. Dezember 2015 geltende Rechtslage doch wieder einen Vergütungsausschluss zu schlussfolgern, da hierdurch das Regulationssystem des § 137 Abs. 1 SGB V ignoriert werde. Der Gesetzgeber habe die zu § 137 Abs. 1 SGB V a.F. ergangene Rechtsprechung des BSG gerade zum Anlass einer Neufassung der Vorschrift genommen und einen Wegfall des Vergütungsanspruchs unter Bindung an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz – als ultima ratio – ausdrücklich dem Regelungsvorbehalt des G-BA unterstellt. Ein vollständiger Vergütungsverlust auch ohne dessen Anordnung durch den G-BA sei hiermit unvereinbar. Da die Auslegung von § 137 Abs. 1 SGB V in der seit dem 1. Januar 2016 gültigen Fassung grundsätzliche Bedeutung hat, wurde die Revision zugelassen.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

7. Unzulässigkeit von Rechnungskorrekturen nach § 17c KHG

Mit Entscheidung vom 21.11.2023, S 7 KR 767/23, hat das Sozialgericht München die Klage eines Krankenhauses abgewiesen, welches für einen Behandlungsfall aus 2022 einige Monate nach erfolgter Rechnungsstellung aufgrund eines versehentlich nicht berechneten Zusatzentgelts eine neue Rechnung erstellt und Zahlung des erhöhten Rechnungsbetrages gefordert hatte. Das SG München weist zu Recht darauf hin, dass gemäß § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG eine Korrektur der Abrechnung durch ein Krankenhaus zunächst grundsätzlich ausgeschlossen ist, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Abweichend hiervon haben zwar die Vertragsparteien von der Möglichkeit einer abweichenden Regelung Gebrauch gemacht und in § 11 der PrüfvV 2022 eine Korrektur in den dort abschließend aufgelisteten Fällen für zulässig erachtet. So ist diese nach § 11 Abs. 1a PrüfvV möglich zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens nach der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V angemerkten Fehlern. Vorliegend handelte es sich allerdings nicht um einen Fehler, der im Rahmen des Fehlerverfahrens gemäß Anlage 4 zur Vereinbarung über die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V angemeldet worden war, zudem müsste nach dem eindeutigen Wortlaut dieser Fehler auch von der Krankenkasse, nicht dem Krankenhaus, angemerkt worden sein. Die Kasse sei vorliegend auch nicht aufgrund der allgemeinen Prüfpflicht gemäß § 3 Satz 1 PrüfvV zur Akzeptanz der begehrten Rechnungskorrektur verpflichtet. Hiernach habe zwar die Krankenkasse die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen. Gemäß den Befugnisnormen des § 17c Abs. 2 Satz 1 und Abs. 2a Satz 3 KHG dienen die Vorschriften der PrüfvV jedoch dazu, die Einzelfallprüfung und die nachträgliche Rechnungskorrektur auszugestalten, so dass § 3 Satz 1 PrüfvV ausschließlich die Einzelfallprüfung betreffe, nicht jedoch die Rechnungskorrektur gemäß § 17c Abs. 2a Satz 3 KHG. Letztlich sei auch keine einschränkende Auslegung des § 17c KHG angezeigt.

Diese käme aufgrund der Rechtsprechung des BSG allenfalls bei einem offensichtlichen, ins Auge springendem Korrekturbedarf zugunsten des Krankenhauses in Betracht, da es zur gegenseitigen Rücksichtnahme nach Treu und Glauben gehöre, dass eine Krankenkasse bei einem offenkundigen Fehler bereit sein müsste, diesen durch das Krankenhaus korrigieren zu lassen.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

8. Unzulässige Aufrechnung von Aufschlagszahlungen

Das LSG NRW hat mit Beschluss vom 09. November 2023 L 10 KR 246/23 NZB KH bestätigt, dass die Aufrechnung mit Ansprüchen auf Aufschlagszahlungen im Sinne des § 275 c Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB V gegen das landesvertraglich vereinbarte Aufrechnungsverbot verstoßen. Dass das im Landesvertrag vereinbarte Aufrechnungsverbot greife, sei durch ständige Rechtsprechung des LSG NRW geklärt. Es bedürfe keiner weiteren Klärung, dass es unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck des Aufrechnungsverbots nicht auf die Rechtsnatur des Gegenanspruchs der Krankenkasse – hier: desjenigen auf eine Aufschlagszahlung – ankomme. Das landesvertragliche Aufrechnungsverbot werde auch nicht durch höherrangiges Recht verdrängt, weder durch die PrüfvV noch durch das gesetzliche Aufrechnungsverbot gemäß § 109 Abs. 6 SGB V, denn der Anwendungsbereich der Aufrechnungsregelung des § 10 PrüfvV sei nicht eröffnet und auch aus einem Umkehrschluss aus § 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V ergebe sich nicht, dass Aufrechnungen seitens der Krankenkassen in den von diesem nicht erfassten Fällen zulässig wären. Außerdem werde teilweise sogar eine analoge Anwendung des Aufrechnungsverbotes u. a. auch auf die Aufschlagszahlung erwogen. Auch die Datenübermittlungsvereinbarung sehe entgegen der Behauptung der Krankenkasse nicht eine Durchsetzung von Aufschlagszahlungen allein im Wege der Aufrechnung vor.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Heike Thomaе, Dortmund

9. Kostenlose Kopie der Patientenakte

Mit Urteil vom 26.10.2023, C-307/22, hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) auf Vorlage des Bundesgerichtshofs entschieden, dass Patienten gemäß Art. 15 Abs. 3 DSGVO ein Recht auf Erhalt einer kostenlosen Kopie der gesamten Patientenakte zusteht. Eine diesem Grundsatz entgegenstehende nationale Regelung (§ 630g Abs. 2 S. 2 BGB) ist unionsrechtswidrig, da nationale Gesetze den Patienten nicht die wirtschaftliche Last einer ersten Kopie übertragen dürfen. Patienten müssen ferner keinen Grund für einen Antrag auf Übersendung der Kopie angeben. Der Anspruch umfasst sämtliche Dokumente in der Patientenakte, die zum Verständnis der enthaltenen personenbezogenen Daten erforderlich sind, wie etwa Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde der behandelnden Ärzte und Angaben zu Behandlungen oder Eingriffen. Der Anspruch betrifft laut EuGH allerdings nur die erste Kopie. Wird eine weitere gewünscht, können die entsprechenden Kosten den Patienten in Rechnung gestellt werden.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

10. Wechsel des Prüfverfahrens

In einem von uns vertretenen Verfahren vor dem LSG NRW hat der 10. Senat am 18.10.2023 – L 10 KR 226/22 KH – entschieden, dass ein Wechsel des Prüfverfahrens von einem Begehungsverfahren in ein schriftliches Verfahren nur innerhalb der 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V a.F. möglich ist. Er bezieht sich hierbei auch auf die Entscheidungsgründe des BSG-Urteils vom 18.05.2021 – B 1 KR 32/20 R. Darin hat das BSG entschieden, dass weder das SGB V noch die PrüfvV 2014 einen Wechsel des Prüfverfahrens innerhalb der 6-Wochen-Frist nach § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V ausschließen. Daraus, dass das BSG explizit auf die 6-Wochen-Frist abstellt und nicht ohne diesen konkreten Bezug formuliert habe, dass weder SGB V noch PrüfvV 2014 einen Wechsel des Prüfverfahrens ausschließen, folgert das LSG NRW, dass auch nach Ansicht des BSG der § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V a.F. die Möglichkeit des Wechsels des Prüfverfahrens zeitlich begrenzt.

Zur weiteren Begründung führte das LSG den Beschleunigungsgrundsatz an, sowie die Planungssicherheit des Krankenhauses, mit welchem Prüfungsverfahren es sich konfrontiert sieht. Die Revision wurde nicht zugelassen.

Ihr Ansprechpartner: Valentin Wende, Dortmund

11. Verjährung von Aufwandspauschalen

Mit Beschluss vom 18.09.2023, B 1 KR 6/23 B, hat das BSG in einem von uns geführten Verfahren um eine Nichtzulassungsbeschwerde der Krankenkasse gegen eine Entscheidung des LSG NRW vom 07.12.2022 (L 10 KR 102/22 – wir berichteten) bestätigt, dass der Anspruch eines Krankenhauses auf Erstattung der Aufwandspauschale entsprechend dem in § 45 SGB I zum Ausdruck kommenden allgemeinen Rechtsgedanken einer vierjährigen Verjährungsfrist unterliegt.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

12. Schadensersatz bei Verlegung ohne sachlichen Grund

Krankenhäuser haben gemäß ständiger Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 07.03.2023, B 1 KR 4/22 R – wir berichteten) durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass vorzeitige Verlegungen ohne sachliche Gründe unterbleiben. Bei einem Verstoß liegt eine Pflichtverletzung nach § 280 Abs. 1 BGB vor, die zu einem Schadensersatzanspruch der Krankenkassen in Höhe der durch die Verlegung verursachten Mehrkosten führen kann. Einschlägig ist diese Doktrin insbesondere in denjenigen Behandlungsfällen, in denen Versicherte nach einem operativen Eingriff zur Vornahme einer notwendigen geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Das Sozialgericht Gelsenkirchen hat diesbezüglich mit Urteil vom 25.05.2023, S 46 KR 3167/19, entschieden, dass nur so lange eine geriatrische Fachabteilung im konkreten Fall noch Kapazitäten zur Behandlung aufweist, eine Verlegung nach außerhalb als Verstoß gegen den bestehenden Versorgungsauftrag zu werten sein könne. Sind hingegen die Kapazitäten erschöpft, besteht ein Ressourcenengpass, welcher wiederum einen sachlichen Grund für eine Verlegung darstellt.

Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass dem Krankenhaus eine entsprechende Planungshoheit bei der konkreten Belegungsplanung der bestehenden Krankenhausbetten zuzusprechen sei, so dass nicht stets eine Vollausslastung gefordert werden könne. Auch das BSG geht in seiner Entscheidung vom 07.03.2023, B 1 KR 4/22 R, davon aus, dass Krankenhäuser bei Prüfung ihrer Versorgungskapazitäten eine realistische Kapazitätsreserve für nicht planbare Behandlungen berücksichtigen müssen. Gegen die Entscheidung des SG Gelsenkirchen ist vor den LSG NRW ein Berufungsverfahren anhängig.

In einer Entscheidung vom 27.02.2023, S 91 KR 2606/20, hat hingegen das SG Berlin festgestellt, dass der alleinige Wunsch des Versicherten ohne nähere Begründung keinen sachlichen Grund für eine Verlegung darstellen könne. Die im SGB V geregelte freie Krankenhauswahl gelte lediglich für den Fall der (Erst-) Einweisung. Der Gesetzgeber habe damit die Wahl des Krankenhauses aus Gründen der Wirtschaftlichkeit eingeschränkt; dieser Grundsatz müsse auch bei einem Krankenhauswechsel gelten. Zwingende Gründe subjektiver Art für die Wahl eines Krankenhauses könnten jedoch beispielsweise Erfahrungen des Versicherten oder seiner Angehörigen mit der Behandlung in einem bestimmten Krankenhaus sein, ferner könne auch die Wohnortnähe als Grund für die Verlegung in Betracht kommen. Diese Gründe müssen allerdings plausibel dargelegt und vor allem eindeutig dokumentiert werden.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

13. BSG schränkt seine „Schockraum-Rechtsprechung“ ein

Mit vielfach kritisiertem Urteil vom 18.05.2021 (B 1 KR 11/20 R) hatte das BSG entschieden, dass selbst intensive Maßnahmen der Erstbehandlung eines mit dem Rettungswagen eingelieferten Patienten in dem Schockraum eines Krankenhauses lediglich eine „Aufnahmeuntersuchung“ darstellen, keine stationäre Aufnahme begründen und daher der ambulanten Notfallbehandlung zuzurechnen seien, wenn sich keine stationäre Behandlung im erstangegangenen Krankenhaus anschließt.

Diese Rechtsprechung hat das BSG nun mit Urteil vom 29.08.2023 (B 1 KR 15/22 R) korrigiert und festgestellt, dass abweichend vom „Schockraum-Urteil“ nunmehr für eine konkludente stationäre Aufnahme regelhaft und nicht nur in ganz besonderen Ausnahmefällen eine kurzzeitige Notfallbehandlung im erstangegangenen Krankenhaus bei zeitnaher Verlegung in ein anderes Krankenhaus ausreicht. Voraussetzung hierfür sei allerdings, dass der Einsatz der „besonderen Notfallbehandlung“ im Krankenhaus eine „hohe Intensität“ aufweise, was sich bereits aus dem Einsatz verschiedener und in ihrem engen zeitlichen und örtlichen Verbund nur stationär verfügbarer diagnostischer Maßnahmen ergeben könne – mithin der Behandlung in einem Schockraum oder einer stroke unit.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

14. Fehlende Mitteilung des Erstattungsanspruchs nach PrüfvV schließt Aufrechnung aus

Die Aufrechnungsbefugnis der Krankenkasse nach § 10 PrüfvV 2016 setzt einen einvernehmlich festgestellten oder nach § 8 PrüfvV 2016 mitgeteilten Erstattungsanspruch voraus. Beinhaltet die Leistungsentscheidung der Krankenkasse keine Erstattungsforderung, ist die Aufrechnung unzulässig und verstößt gegen das landesvertraglich vereinbarte Aufrechnungsverbot. Wie das SG Gelsenkirchen mit Urteil vom 7.8.2023 S 45 KR 657/22 entschieden hat, genügt auch nicht der Verweis auf ein später übersandtes Zahlungsavis, da diesem die nach § 8 S. 1 PrüfvV 2016 geforderte Verknüpfung der Mitteilung der Leistungsentscheidung mit der sich daraus ergebenden Erstattungsforderung ebenso wenig zu entnehmen ist, wie die nach § 8 S.2 PrüfvV 2016 geforderte Begründung dieser Angaben (so im Ergebnis auch SG Duisburg v. 12.9.2022 S 17 KR 2145/21 KH, juris).

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Heike Thomaе, Dortmund

15. Aufwandspauschale und Veranlassungsprinzip

Nachdem das BSG mit Urteil vom 07.03.2023, B 1 KR 11/22 R, entschieden hatte, dass der Anspruch eines Krankenhauses auf Erstattung der Aufwandspauschale auch nach der Gesetzesänderung in § 275 Abs. 1c SGB V (a.F.) seit 2016 entfällt, wenn das Krankenhaus durch eine unrichtige, unvollständige oder missverständliche Abrechnung oder ein vergleichbar pflichtwidriges Verhalten den Grund für die Einschaltung des MD gesetzt hat, liegt zu dieser Thematik nunmehr eine interessante Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg vom 24.03.2023, L 26 KR 214/22, vor, welche die Anforderungen an die Informationspflichten des Krankenhauses auf ein vernünftiges Maß reduziert. Im entschiedenen Fall hatte sich die Krankenkasse darauf berufen, sie sei durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses zur Einleitung der Prüfung durch den MD veranlasst worden, da dieses zum einen im Wege der Datenübermittlung nach § 301 SGB V missverständlicherweise den Entlassgrund „01“ und damit eine reguläre Entlassung angegeben hatte, obwohl die Patientin das Krankenhaus auf eigenen Wunsch verlassen hätte. Zum anderen habe das Krankenhaus pflichtwidrig auch keine medizinische Begründung für die stationäre Aufnahme übermittelt, obwohl der operative Eingriff im Katalog ambulant durchführbarer Operationen aufgeführt sei.

Das LSG wies diese Einwände zurück. Das Krankenhaus habe weder eine fehlerhafte Abrechnung übersandt oder sonst gegen die Pflichten aus § 301 SGB V verstoßen noch ein vergleichbares vertrags- oder pflichtwidriges Verhalten gezeigt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die rahmenvertraglich vereinbarten Schlüsselkennzahlen keine Möglichkeit boten, eine „Entlassung auf eigenen Wunsch“ separat abzubilden, sei die Kennzeichnung der Entlassung als regulär nicht unrichtig, zumal gerade keine Entlassung gegen den ärztlichen Rat, sondern nur auf eigenen Wunsch erfolgte. Dass das Krankenhaus die Art der Entlassung nicht weiter „aufschlüsseln“ konnte, verletze keine Obliegenheit, sondern sei strukturell bedingt.

Soweit es sich bei dem operativen Eingriff um eine Operation gehandelt habe, die nachweislich zum Leistungskatalog Ambulantes Operieren gehörte, sei dem Krankenhaus ebenfalls keine Verletzung von Informationspflichten vorzuwerfen, da es im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V neben der Hauptdiagnose weitere Nebendiagnosen angeben und somit der Krankenkasse zeitnah die Kenntnis von Komorbiditäten verschafft hatte, die Anlass für die stationäre Versorgung der Versicherten hätten geben können und somit auch Anlass gaben, ein Abweichen von einem typischerweise ambulant erbringbaren Eingriff zu prüfen.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

16. Beweislastumkehr bei Nichteinhaltung eines Prüfverfahrens

Im Nachgang zu der Rechtsprechung des BSG vom 22.06.2022, B 1 KR 19/21 R, traf das Sozialgericht Detmold in einer vergleichbaren Konstellation mit Urteil vom 15.05.2023, S 10 KR 306/21, eine Beweislastentscheidung zulasten der Krankenkasse. Strittig war auch hier die Kostenübernahme für eine bariatrische Operation, welche die Kasse ohne Einleitung eines Prüfverfahrens mit der Begründung abgelehnt hatte, es sei gegenüber der Versicherten nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst – ein Jahr vor dem hier streitgegenständlichen Eingriff – bereits ein ablehnender Bescheid ergangen und im Übrigen seien konservative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion auch nicht ausgeschöpft worden. Das Sozialgericht wies zunächst im Einklang mit dem BSG darauf hin, dass die im Verhältnis zu der Versicherten erfolgte Leistungsablehnung keine Auswirkung auf den Vergütungsanspruch des Krankenhauses entfalte und dieses auch nicht verpflichtet sei, eine eventuelle Leistungsablehnung vorab zu erfragen. Die vorherige negative Einschätzung eines Anspruchs auf Sachleistung durch die Krankenkasse gegenüber der Versicherten möge zwar für das Krankenhaus Indizwirkung haben, dieses sei jedoch nicht gehindert, die Behandlung gleichwohl als Sachleistung zu erbringen, wenn es sich hierzu aus medizinischen Gründen verpflichtet fühle. Es sei nicht ausgeschlossen, dass trotz einer früheren negativen Empfehlung des MD später allein schon aufgrund des Zeitablaufs die Erforderlichkeit der stationären Behandlung bestehe.

Ob dies der Fall sei und sich insoweit eine veränderte medizinische Sachlage ergäbe, könne allerdings nicht ermittelt werden, da die Beiziehung von Behandlungsunterlagen durch den Verzicht der Kasse auf Durchführung eines Prüfverfahrens nicht mehr zulässig sei. Aus den nach § 301 SGBV übermittelte Daten ergäbe sich der Vergütungsanspruch des Krankenhauses, welcher mangels weiterer zulässiger Beweiserhebung nicht entkräftet werden konnte.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

17. Vergütungsanspruch bei ultima ratio Behandlungen

Mit Urteil vom 21.02.2023, S 32 KR 2389/19, hat das Sozialgericht Detmold einen Vergütungsanspruch des Krankenhauses in einer notstandsähnlichen Krankheits-situation des Versicherten aus § 2 Abs. 1a SGB V bejaht. Diese Regelung setzt die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, BvR 347/98 – sog. Nikolausbeschluss) fort, wonach es mit den Grundrechten aus Artikel 2 Abs. 1 und 2 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar ist, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard und dem Qualitätsgebot entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von einer Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Im entschiedenen Fall befand sich der Patient in einem therapieresistenten und absolut lebensbedrohlichen septischen Schock, für welchen als die behandelnden Ärzte als ultima ratio einen sog. Cytosorb-Filter einsetzten. Hierbei handelt es sich um ein Blutreinigungsverfahren, mit dem Entzündungsmediatoren aus dem Blut entfernt werden sollen. Zum Zeitpunkt der Behandlung lag keine positive Entscheidung des G-BA vor, es gab jedoch Fallberichte und retrospektive Studien, die über positive Einsätze von Cytosorb bei Patienten mit Sepsis berichteten.

Das Sozialgericht erkannte hieraus eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, zumal die Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsmaßstab und die abstrakte und konkret-individuelle Chancen-/Risikoabwägung umso geringer sind, je schwerwiegender die Erkrankung und hoffnungsloser die Situation des Betroffenen ist.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

18. BSG bestätigt das in NRW landesvertraglich vereinbarte Aufrechnungsverbot

Das BSG hat mit Urteil vom 11.5.2023 – B 1 KR 14/22 R – über die Wirksamkeit von Aufrechnungen nach einem Landesvertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 SGB V entschieden. In den übrigen Verfahren, die u.a. die in den Landesverträgen von Thüringen und Hamburg geregelten Aufrechnungsverbote betreffen, haben die Krankenkassen die Revision zurückgenommen (B 1 KR 32/21 R, B 1 KR 5/22 R, B 1 KR 38/22 R, B 1 KR 42/22 R). Die Vereinbarung in dem nordrhein-westfälischen Landesvertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung, welche die Aufrechnung gegen Vergütungsforderungen des Krankenhauses verbietet, war im Jahr 2015 außerhalb des Anwendungsbereichs der Prüfverfahrensvereinbarung mit höherrangigem Recht vereinbar. Rechtsgrundlage hierfür ist § 112 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 1b SGB V. Die Vorschrift ermächtigt die Vertragspartner unter anderem, die Abrechnung der Entgelte zu regeln, was die Vereinbarung eines Aufrechnungsverbots einschließt. § 9 Prüfverfahrensvereinbarung 2014, der eine vorrangige Aufrechnungsbefugnis enthält, war nicht anwendbar, da die Prüfung nicht in den Anwendungsbereich der Prüfverfahrensvereinbarung 2014 fiel. Gegenstand war allein eine sachlich-rechnerische Prüfung. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V) sowie die Verpflichtung der Krankenkasse, Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben (§ 76 Absatz 1 SGB IV), stehen der Wirksamkeit des landesvertraglichen Aufrechnungsverbots nicht entgegen, da die anderweitige Durchsetzung der Ansprüche hierdurch nicht verhindert wird.

Allerdings kann bei einer wirtschaftlichen Krise des Krankenhausträgers oder seiner Insolvenz eine Aufrechnung die Liquidierung von Gegenansprüchen der Krankenkassen erleichtern und sichern. Das Aufrechnungsverbot ist jedoch vor dem Hintergrund der Vorleistungspflicht des Krankenhauses zu betrachten. Es bietet den Vertragsparteien die Möglichkeit, das kompensatorische Beschleunigungsgebot zu stärken. Die Verständigung der Vertragsparteien auf ein Aufrechnungsverbot ist unter Abwägung der sich aus § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V und § 76 Absatz 1 SGB IV ergebenden gewichtigen Interessen der Krankenkassen zwar nicht rechtlich geboten, aber ebenso wenig rechtlich zu beanstanden. Der Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 4 Absatz 4 SGB V) bezieht sich nur auf die Betriebs- und Haushaltsführung der Krankenkassen. Ebenfalls steht das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 2 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4, 12 Absatz 1, 70 Absatz 1 Satz 2 SGB V) der Vereinbarung von Aufrechnungsverboten nicht entgegen, da Ansprüche der Krankenkassen dadurch weder aufgegeben werden noch deren Durchsetzung vereitelt wird. Eine Einschränkung des Gestaltungsspielraums ergibt sich schließlich nicht aus der entsprechenden Anwendung zivilrechtlicher Vorschriften (§ 69 Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit §§ 134, 138, 242 BGB). Auch stellt es grundsätzlich keine unzulässige Rechtsausübung dar, wenn sich das Krankenhaus auf das vertragliche Aufrechnungsverbot beruft, selbst wenn die Gegenforderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird. Das BSG hat damit die jahrzehntelange, ständige Rechtsprechung des LSG NRW bestätigt.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Heike Thomaе, Dortmund

19. Ablehnung eines Richters wegen Befangenheit

Das SG Dortmund hat in einem von uns vertretenen Verfahren auf Antrag hin mit Beschluss vom 3.5.2023 – 95 SF 108/23 AB – einen Richter wegen Befangenheit abgelehnt. Anlass für den Ablehnungsantrag gaben Ausführungen des Richters in einem Beschluss, mit dem der Antrag auf Ablehnung eines Sachverständigen zurückgewiesen worden war. Danach sei „gerichtsbekannt“, dass die Prozessbevollmächtigte der Klägerin Gutachten, die nicht zugunsten ihrer Mandantschaft ausgingen, regelmäßig angreife oder durch ärztliche Stellungnahmen aus dem Haus

der jeweiligen Klägerin angreifen lasse und dem Gutachter dabei „wahlweise Oberflächlichkeit, eine zu wissenschaftliche Herangehensweise und/oder mangelnde Vertrautheit mit den in Streit stehenden Behandlungsmethoden“ vorwerfe, wobei die Einwände gegen das jeweilige Gutachten dabei „regelmäßig -zumindest unterschwellig – auch mit Anwürfen gegen die Person des Sachverständigen“ verbunden seien. Vergleichbare Bedenken hinsichtlich der Person des Gutachters oder der Qualität des Gutachtens würden „verständlicherweise nicht“ gehegt, sofern sich derselbe Sachverständige in einem anderen Gutachten zugunsten der Sichtweise der jeweiligen Klägerin ausspreche.

Diese Ausführungen des Richters – so die Kammer, die über den Ablehnungsantrag zu entscheiden hatte – beinhalten vom Standpunkt eines objektiven Dritten aus die Unterstellung, dass die Prozessführung der Klägerbevollmächtigten regelhaft, d. h. nicht nur im vorliegenden Rechtsstreit, von Unsachlichkeit und mangelnder Professionalität geprägt sei. Es drängt sich hierdurch für die Klägerin bei vernünftiger Betrachtungsweise der Eindruck auf, dass der abgelehnte Richter eine grundsätzlich negative Einstellung gegenüber der Arbeitsweise der Klägerbevollmächtigten bei der Wahrnehmung ihrer prozessualen Aufgaben als Parteivertreterin gefasst habe, die über die konkrete Sachentscheidung hinausgeht. Die Ausführungen begründen damit bei objektiver Betrachtung für die Klägerin die Befürchtung, dass der Richter in der Sache selbst ihr Anliegen – und dabei insbesondere ihren durch die Bevollmächtigte vorgebrachten medizinischen Vortrag im Rahmen der Auseinandersetzung mit gerichtlichen Sachverständigengutachten nicht unvoreingenommen zur Kenntnis nehmen und in die Entscheidungsfindung einbeziehen werde. Eine Differenzierung zwischen der Besorgnis der Voreingenommenheit gegenüber der Bevollmächtigten einerseits und der Klägerin selbst andererseits ist bei dieser Sachlage nicht angezeigt, da jedenfalls mit der Verfahrensführung der Bevollmächtigten auch das Anliegen der Beteiligten in der Sache betroffen ist (vgl. Oberlandesgericht Köln, Beschluss vom 31.10.2012, 4 WF 121/12, juris).

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Heike Thomae, Dortmund

20. Keine Fallzusammenführung aus Wirtschaftlichkeitsgründen seit dem 01.01.2019

Das BSG hat mit Urteil vom 11.5.2023 – B 1 KR 10/22 entschieden, dass einer Kürzung der Vergütung unter Zugrundelegung der vom Senat hierzu aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot entwickelten Grundsätze des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens seit dem 1. Januar 2019 § 8 Absatz 5 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz entgegen steht. Die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots im Zusammenhang mit Entlassungen und Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus ist seither abschließend den Vertragsparteien der Fallpauschalenvereinbarung zugewiesen. Diesen steht ein weiter Gestaltungsspielraum zu, bei dem sie die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsgebots beachten müssen (§ 17b Absatz 2 Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz). Sie dürfen dabei auch aus Gründen der Vereinfachung und Praktikabilität Verallgemeinerungen in Form von Generalisierungen, Pauschalierungen oder Standardisierungen vornehmen. Die gerichtliche Prüfung beschränkt sich darauf, ob die Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen sowie die gesetzlichen Vorgaben nachvollziehbar und widerspruchsfrei Beachtung gefunden haben, um den Gestaltungsspielraum auszufüllen. Im vorliegenden Fall haben die Parteien der Fallpauschalenvereinbarung 2019 Ausnahmen vorgesehen, die hier einer Fallzusammenführung entgegenstehen. Eine Ausnahme vom Grundsatz, dass die Wirtschaftlichkeit einer Entlassung und Wiederaufnahme im Einzelfall nicht zu überprüfen ist, gilt für Missbrauchsfälle. Ein solcher liegt vor, wenn für die Entlassung im konkreten Einzelfall überhaupt kein nachvollziehbarer sachlicher Grund ersichtlich ist und diese offensichtlich allein dazu dient, eine weitere Fallpauschale zu generieren. Ein solcher Missbrauchsfall lag nach den vom Landessozialgericht getroffenen Feststellungen hier nicht vor.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Heike Thomaе, Dortmund

21. Keine Präklusion von Krankenunterlagen bei MD-Begehung im Krankenhaus

Das LSG NRW hat mit Urteil vom 1.2.2023 – L 10 KR 32/22 KH zugunsten eines von uns vertretenen Krankenhauses entschieden, dass bei MD-Prüfungen, die im Begehungsverfahren vor Ort im Krankenhaus erfolgen, von vornherein keine Präklusion von Krankenunterlagen eintreten kann. Eine solche sehe § 7 Abs. 2 S. 6 PrüfvV 2016 nur für Prüfungen im schriftlichen Verfahren vor. Der Wortlaut der PrüfvV sei eindeutig, eine erweiternde Auslegung komme nicht in Betracht, eine analoge Anwendung der Präklusionsregelungen für das schriftliche Verfahren scheide aus, weil es schon an einer planwidrigen Regelungslücke fehle. Das Urteil ist nicht rechtskräftig, die beklagte Krankenkasse hat Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Heike Thomae, Dortmund

22. Kodierung der Sepsis

Die Frage, anhand welcher Kriterien Krankenhäuser eine Sepsis kodieren durften, war aufgrund der ab dem Jahr 2016 erfolgten wissenschaftlichen Überarbeitung der Sepsis Kriterien heftig umstritten. Während zuvor auf das Vorliegen eines SIRS (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom) abgestellt wurde, steht gemäß der sog. Sepsis-3-Definition nun das Organversagen, ermittelt durch den SOFA-Score (Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment), im Vordergrund. Die Krankenkassen vertreten vor diesem Hintergrund die Auffassung, dass spätestens ab 2017 die kodierrelevante Diagnose einer Sepsis nur noch anhand des SOFA-Score vorzunehmen sei. Allerdings wurde die Definitionsänderung der Sepsis erst mit der Überarbeitung der S3-Leitlinie der Deutschen Sepsis-Gesellschaft zum 31.12.2018 aufgegriffen und in den ICD-10-GM erst für das Jahr 2020 überführt. In den DKR findet sich der Hinweis auf die geänderte Definition sogar erstmalig im Jahr 2020 in der Kodierregel 0130u.

Das LSG NRW hat nunmehr mit Urteil vom 18.01.2023 (L 11 KR 281/21) entschieden, dass jedenfalls bis zur Veröffentlichung der geänderten Sepsis-3 Leitlinie zum 31.12.2018 eine Kodierung der Sepsis noch allein anhand der SIRS-Kriterien erfolgen könne, da erst nach diesem Zeitpunkt überhaupt von einer wissenschaftlichen Akzeptanz der SOFA-Kriterien auszugehen sei und den Leitlinien der einschlägigen Fachgesellschaft bei der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse besonderes Gewicht zukomme. Ggf. sei die Übernahme der neuen Sepsisdefinition sogar erst mit Übernahme der Definitionsänderung in die ICD-10-Klassifikation ab 2020 vollzogen, wobei es im zugrundeliegenden Behandlungsfall aus 2018 hierauf nicht ankam.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

23. BSG hält an Veranlassungsprinzip fest

Mit Urteil vom 07.03.2023, B 1 KR 11/22 R, hat das BSG bekräftigt, dass kein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach § 275c Abs. 1 SGB V besteht, wenn das Prüfverfahren durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses veranlasst worden ist. Im entschiedenen Fall hatte die Krankenkasse gemäß § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V nach Überschreiten der gemeldeten, voraussichtlichen Verweildauer vom Krankenhaus eine medizinische Begründung verlangt, welche dieses jedoch unter Verweis auf datenschutzrechtliche Gründe verweigert hatte. Die Kasse leitete daraufhin ein Prüfverfahren ein, in dessen Ergebnis es nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages kam. Da die Weigerung des Krankenhauses zur Abgabe der – gesetzlich vorgesehenen – medizinischen Begründung eine eindeutige Pflichtverletzung darstellte und Anlass für die Beauftragung des MD war, schied ein Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale aus.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

24. Schadensersatz bei grundloser Verlegung

Das BSG hat mit Urteil vom 07.03.2023, B 1 KR 4/22 R, ebenso wie bereits das LSG NRW mit Urteil vom 19.01.2022, L 10 KR 142/20, entschieden, dass ein Schadensersatzanspruch der Krankenkassen nach § 69 Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 280 Absatz 1 BGB in Höhe der durch die Verlegung eines stationär behandelten Patienten verursachten Mehrkosten bestehen kann, wenn kein sachlicher Grund für die Verlegung besteht. 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 in Betracht. So kann die Verlegung aus einem Krankenhaus einer höheren Stufe (Maximalversorger) in ein Krankenhaus einer niedrigeren Stufe (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. Den sachlichen Grund hat das Krankenhaus im Streitfall darzulegen und gegebenenfalls zu beweisen hat. Keines gesonderten sachlichen Grundes für die Verlegung bedarf es dagegen, wenn und soweit hierdurch für die Krankenkasse keine Mehrkosten entstehen.

Ihre Ansprechpartnerin: Kristina Schwarz, Dortmund

25. Off-Label-Use in der Schwangerschaft -SG setzt Grenzen-

Ihre Partner für öffentliches Recht und Gesundheitsrecht

Eine Schwangere beantragte bei ihrer Krankenkasse die Verordnung von Cytotect CP Biotest, einem spezifischen Immunglobulin nach Infektion mit dem humanen Zytomegalievirus. In Deutschland ist dieses Medikament nur zugelassen, um im Rahmen einer immunsuppressiven Therapie eine Virusinfektion zu verhindern. Die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit bei Schwangerschaften ist nicht abschließend erforscht. Trotz einer Wahrscheinlichkeit der schweren oder tödlichen Schädigung des ungeborenen Kindes von 16 % lehnte die Krankenkasse die Kostenübernahme ab.

Die Schwangere brachte die Kosten in Höhe von 8.754,00 € selbst auf und verklagte die Krankenkasse auf Erstattung, womit sie in 1. Instanz erfolgreich war. Die 2. Instanz und das BSG (Urteil vom 24.01.2023 – B 1 KR 7/22 R) verneinten den Anspruch auf Erstattung. Laut BSG sei der Nachweis der Wirksamkeit des „Off-Label-Uses“ nicht geführt. Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf das Arzneimittel nach § 2 Abs. 1a SGB V. Sie und ihr ungeborenes Kind litten nicht an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen oder wertungsmäßig hiermit vergleichbaren Erkrankung. Das vom BSG zugrunde gelegte Erfordernis einer „überwiegenden“ Wahrscheinlichkeit hinsichtlich des Todes oder schwerer Schäden und die dadurch implementierte „Mindest-Todeswahrscheinlichkeit“/„Mindest-Schädigungswahrscheinlichkeit“ von mehr als 50 % als starre Anspruchsvoraussetzung stellt einen Verstoß gegen Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG dar. Auch die Solidargemeinschaft hätte sich nicht ihrer Einstandspflicht entziehen dürfen, so dass auch ein Verstoß gegen Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip vorliegt. Die Entscheidung des BSG ist weder ein-zelfallbezogen noch grundrechtssensibel oder verhältnismäßig. Es bleibt abzuwarten, wie das im Wege der Verfassungsbeschwerde angerufene Bundesverfassungsgericht entscheiden wird.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Alessia Porta, Stuttgart

26. Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) und unwirksame Beleihung des InEK sowie rechtswidrige Feststellung eines pflegesensitiven Bereichs ausschließlich auf Grundlage eines Fachabteilungsschlüssels

Das InEK hat in einem Krankenhaus einen pflegesensitiven Bereich im Fachgebiet der Neurologie ausschließlich auf Grundlage des von dem Krankenhaus angegebenen Fachabteilungsschlüssels per Bescheid festgestellt. Das Sozialgericht Karlsruhe hatte bereits in seinem Urteil vom 10.10.2022 – S 9 KR 2984/21 – der Klage des Krankenhauses stattgegeben und die streitgegenständlichen Bescheide aufgehoben. Das SG führt aus, die Bescheide des InEK seien formal wie auch materiell rechtswidrig. So fehle es dem InEK zum einen an einer wirksamen Beleihung, zum anderen sei auch die Feststellung eines pflegesensitiven Bereichs ausschließlich nach dem Fachabteilungsschlüssel unter Berücksichtigung des besonderen Versorgungsauftrages des Krankenhauses rechtswidrig.

Das InEK gehe in dieses Urteil der Rechtsmittel der Berufung ein. Mit Urteil vom 12.12.2023 hat das LSG Baden-Württemberg die Berufung zurückgewiesen. Die Ausweisung pflegesensitiver Bereiche sei demnach rechtswidrig, weil die Rechtsverordnungen gegen den Gesetzeswortlaut des § 137i SGB V auf eine Differenzierung nach Schweregradgruppen verzichtet. Krankenhäusern, welche entsprechende Bescheide des InEK erhalten haben oder deren Einwendungen durch das InEK zurückgewiesen wurden, ist zu empfehlen, gegen die Bescheide Widersprüche zu erheben.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Alessia Porta, Stuttgart

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