

Bundessozialgericht



BUNDESSOZIALGERICHT - Pressestelle -
Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel
Tel. (0561) 3107-1, Durchwahl -460, Fax -474
e-mail: pressestelle@bsg.bund.de
Internet: <http://www.bundessozialgericht.de>

Kassel, den 15. Juni 2018

Terminvorschau Nr. 28/18

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts beabsichtigt, am 19. Juni 2018 im Elisabeth-Selbert-Saal auf Grund mündlicher Verhandlung über fünf Revisionen und mehrere Beschwerden in Angelegenheiten der **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** zu entscheiden.

- 1) 10.00 Uhr - B 1 KR 26/17 R - Klinikum Warendorff GmbH ./.
AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Die klagende Krankenhausträgerin behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten C. S. vom 16.8. bis zum 6.10.2011 teilstationär in ihrer Tagesklinik. Sie berechnete hierfür insgesamt 5596,24 Euro. Eine vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung lag nicht vor. Die Beklagte lehnte die Zahlung des geforderten Betrags ab. Das SG hat die Zahlungsklage abgewiesen. Das LSG hat die Beklagte zur Zahlung von 5596,24 nebst Zinsen verurteilt: Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung entstehe unabhängig von einer Kostenzusage der KK unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolge und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich sei. Eine vertragsärztliche Verordnung sei keine formale Voraussetzung für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses.

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 3 Abs 2 S 1 des Landesvertrags nach § 112 SGB V, § 2 Abs 1 S 1, § 12 Abs 1 und Abs 2, § 39 Abs 2, § 70 Abs 1, § 73 Abs 2 S 1 Nr 7 SGB V und § 3 Krankenhauseinweisungs-Richtlinie.

Sozialgericht Hannover - S 19 KR 427/12
Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen - L 4 KR 10/15

- 2) 10.40 Uhr - B 1 KR 32/17 R - Krankenhaus Neuwerk "Maria von den Aposteln" gGmbH ./.
VIActiv BKK

Die Bezirksregierung Düsseldorf nahm das von der klagenden Krankenhausträgerin betriebene Plankrankenhaus ab dem 1.10.2007 ua mit 43 Betten im Gebiet Chirurgie in den Krankenhausplan NRW auf. Die Klägerin versorgte die bei der beklagten KK Versicherte vom 2. bis 11.9.2009 wegen Gonarthrose mit einer Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP). Die Beklagte beglich die Rechnung nicht. Das SG hat die Zahlungsklage abgewiesen: Die Klägerin habe keinen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Orthopädie gehabt. Das LSG hat die Beklagte zur Zahlung von 7412,97 Euro nebst Zinsen verurteilt: Der Versorgungsauftrag der Klägerin erfasse die Implantation von Knie-TEP bei Gonarthrosen. Die der Planung zugrunde liegenden Gebiete orientierten sich an den Weiterbildungsordnungen für Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in der zur Zeit der Behandlung geltenden Fassung. Diese umfasse in dem Gebiet der Chirurgie auch Orthopädie und Unfallchirurgie.

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision eine Verletzung von § 109 Abs 4 S 2 und § 39 Abs 1 S 3 SGB V sowie § 8 Abs 1 S 3 KHEntgG.

Sozialgericht Düsseldorf - S 8 KR 1199/12
Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 711/15

- 3) 11.20 Uhr - B 1 KR 30/17 R - Diakonie Klinikum Neunkirchen gGmbH ./. DAK-Gesundheit

Die Klägerin ist Trägerin eines für die Behandlung Versicherter zugelassenen Krankenhauses. Sie

behandelte den bei der beklagten KK Versicherten Q im 3. Quartal 2012 an fünf Tagen teilstationär. Die Vergütung erfolgte nach tagesbezogenen teilstationären Entgelten (418,74 Euro). Die Klägerin kodierte für jeden Behandlungstag den Operationen- und Prozedurenschlüssel 2012 (OPS) 8-542.11 (*nicht komplexe Chemotherapie, ein Tag, ein Medikament*) und zusätzlich OPS 6-001c3 (*Pemetrexed, parenteral: 900 mg bis unter 1000 mg*) und berechnete einschließlich des jeweiligen Zusatzentgelts (ZE) 53.04 (3044,73 Euro) und Zuschlägen insgesamt 17 432,76 Euro. Die Beklagte zahlte hierauf lediglich 15 257,95 Euro: Die Zusatzentgelte für die Gabe von Pemetrexed seien bei teilstationären Leistungen nur einmal pro Quartal abzurechnen, die Medikamentenmengen hierfür zu addieren. Das SG hat die Beklagte zur Zahlung von 2174,81 Euro nebst Zinsen verpflichtet. Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Die Medikamentendosen für die fünf Behandlungsabschnitte seien nicht zusammenzurechnen. Dies folge aus den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für 2012. Bei auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl unterschiedenen Prozeduren sei die Summe der Mengen- bzw Zeitangaben einmal pro Aufenthalt zu kodieren. Der Versicherte habe in diesem Sinne fünf Aufenthalte gehabt.

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 39 Abs 1, § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG, Anlage 1 Fallpauschalenvereinbarung 2012 iVm der Kodierregel P005k der DKR 2012.

Sozialgericht für das Saarland - S 15 KR 1196/14
Landessozialgericht für das Saarland - L 2 KR 5/16

zu 4) und 5)

Die klagende Krankenhausträgerin unterhält in Daun/Eifel eine auf die Behandlung des akuten Schlaganfalls spezialisierte Einheit. Dort behandelte Schlaganfallpatienten werden zur Durchführung neurochirurgischer Notfalleingriffe sowie gefäßchirurgischer und interventionell-neuroradiologischer Behandlungsmaßnahmen mit dem Rettungshubschrauber in ein kooperierendes Trierer Krankenhaus verlegt. Die Klägerin kodierte bei Versicherten der beiden beklagten KKn, bei denen im Jahr 2014 eine vollstationäre Behandlung in der spezialisierten Einheit erfolgte, jeweils OPS 8-98b (*Operationen- und Prozedurenschlüssel 2014; Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*) und berechnete dementsprechend die Fallpauschalen B69C, B70C und B70D. Die Beklagten meinten, die Klägerin habe zu Unrecht OPS 8-98b kodiert. Sie erfülle nicht das Strukturmerkmal der grundsätzlich höchstens "halbstündige(n) Transportentfernung" zum Kooperationspartner und habe nur Anspruch auf geringer vergütete Fallpauschalen.

4) 12.00 Uhr - B 1 KR 38/17 R - Krankenhaus Maria Hilf GmbH ./ DAK-Gesundheit

Die Beklagte zahlte in sieben Behandlungsfällen 27 572,31 Euro, kürzte aber später in Höhe von 8480,40 Euro unstrittige Rechnungsbeträge für die Vergütung der Behandlung anderer Versicherter. In weiteren sechs Fällen vergütete die Beklagte von vornherein nur einen um 8277,59 Euro gekürzten Rechnungsbetrag von 25 992,42 Euro. Das SG hat die Klage auf Zahlung von 16 757,99 Euro abgewiesen. Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Die Klägerin erfülle selbst mit dem schnellsten Transportmittel (Rettungshubschrauber) die geforderte höchstens "halbstündige Transportentfernung" zum Kooperationspartner grundsätzlich nicht. Maßgeblich dafür seien Beginn und Ende des Rettungstransports. Er umfasse den Zeitraum ab der Feststellung der Notwendigkeit, den Patienten zum Kooperationspartner zu verlegen, bis zum dort möglichen Behandlungsbeginn. Der Rettungshubschrauber benötige bei Dunkelheit schon mehr als eine halbe Stunde, um nur die spezialisierte Einheit der Klägerin zu erreichen.

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 109 Abs 4 S 2, S 3 SGB V, § 17b Abs 1 KHG, § 7 Abs 1 Nr 1, § 8 Abs 2 S 1 iVm § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG iVm Anlage 1 zur Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV) und iVm § 301 Abs 1 S 1 Nr 6, Abs 2 S 2 SGB V iVm OPS 8-98b.

Sozialgericht Trier - S 3 KR 51/15
LSG Rheinland-Pfalz - L 5 KR 194/16

5) 12.30 Uhr - B 1 KR 39/17 R - Krankenhaus Maria Hilf GmbH ./ BARMER

Die Beklagte zahlte in sechs Behandlungsfällen 20 501 Euro, kürzte aber später in Höhe von 6014,53 Euro unstrittige Rechnungsbeträge für die Vergütung der Behandlung anderer Versicherter. In weiteren elf Fällen vergütete die Beklagte von vornherein nur einen um 15 764,45 Euro gekürzten Rechnungsbetrag von 49 504,06 Euro. Das SG hat die Klage auf Zahlung von 21 778,98 Euro abgewiesen. Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen, da sie selbst mit dem schnellsten Transportmittel die geforderte höchstens "halbstündige Transportentfernung" zum Kooperationspartner grundsätzlich nicht erfülle.

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision auch hier die Verletzung von § 109 Abs 4 S 2, S 3 SGB V, § 17b Abs 1 KHG, § 7 Abs 1 Nr 1, § 8 Abs 2 S 1 iVm § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG iVm Anlage 1 zur FPV und iVm § 301 Abs 1 S 1 Nr 6, Abs 2 S 2 SGB V iVm OPS 8-98b.

Sozialgericht Trier - S 5 KR 47/15
LSG Rheinland-Pfalz - L 5 KR 90/16



Bundessozialgericht



BUNDESSOZIALGERICHT - Pressestelle -
Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel
Tel. (0561) 3107-1, Durchwahl -460, Fax -474
e-mail: pressestelle@bsg.bund.de
Internet: <http://www.bundessozialgericht.de>

Kassel, den 20. Juni 2018

Terminbericht Nr. 28/18 (zur Terminvorschau Nr. 28/18)

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 19. Juni 2018.

1) Der Senat hat die Revision der beklagten KK zurückgewiesen. Der Klägerin steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch von 5596,24 Euro nebst Zinsen zu. Der Anspruch Versicherter auf Krankenhausbehandlung und damit der Vergütungsanspruch des Krankenhauses hängt nicht formal von einer vorherigen vertragsärztlichen Verordnung ab, sondern davon, dass die Versicherten der Krankenhausbehandlung bedürften. Ausnahmen regelt das Gesetz ausdrücklich wie bei der vorstationären Behandlung. Die vertragsärztliche Verordnung ("Einweisung") hat grds eine bloße Ordnungsfunktion. Sie hilft Versicherten bei der Entscheidung, sich in Krankenhausbehandlung zu begeben und ein geeignetes Krankenhaus zu finden. Die Verordnung sichert - auch im Interesse der Beitragszahler - die Prüfung, dass vertragsärztliche Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind. Sie vermittelt zugleich Informationen für das aufnehmende Krankenhaus, das die Erforderlichkeit der Behandlung selbst zu prüfen hat. Die Steuerungs- und Entlastungseffekte genügen dem Gesetz aber nicht für ein striktes Gebot, Krankenhausbehandlung stets von einer vertragsärztlichen Verordnung abhängig zu machen. Dies rief Versorgungsmängel hervor und setzte die Krankenhäuser bei der Aufnahmeprüfung unzumutbaren Haftungsrisiken aus. Die hiervon abweichende Vereinbarung in § 3 Abs 2 Landesvertrag Niedersachsen nach § 112 SGB V ist unwirksam. Sie verstößt gegen Bundesrecht.

Sozialgericht Hannover - S 19 KR 427/12
Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen - L 4 KR 10/15
Bundessozialgericht - B 1 KR 26/17 R

2) Der Senat hat die Revision der beklagten KK zurückgewiesen. Es verstößt nicht gegen revisibles Recht, dass das LSG die bei der Versicherten durchgeführte Operation als vom Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses der Klägerin umfasst angesehen und auch die übrigen Voraussetzungen des Zahlungs- und Zinsanspruchs bejaht hat. Es hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung von 7412,97 Euro Krankenhausvergütung nebst Zinsen verurteilt. Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme des Krankenhauses der Klägerin in den Landeskrankenhausplan weist 43 Betten für das Gebiet "Chirurgie" aus. Die der Planung zugrunde liegenden Gebiete und Schwerpunkte (Teilgebiete) orientieren sich an den Weiterbildungsordnungen für Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe (WBO), die jeweils im Zeitpunkt der Leistungserbringung gelten. Das LSG hat das Landesrecht in diesem Sinne ohne Verstoß gegen revisibles Recht ausgelegt. Die danach maßgeblichen WBO fassen unter dem Gebiet "Chirurgie" ua die Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen. Dementsprechend hat das LSG die erbrachte Knie-TEP als vom Versorgungsauftrag "Chirurgie" erfasst angesehen.

Sozialgericht Düsseldorf - S 8 KR 1199/12
Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 711/15
Bundessozialgericht - B 1 KR 32/17 R

3) Der Senat hat auf die Revision der beklagten KK das LSG-Urteil aufgehoben und die Klage der Krankenhausträgerin abgewiesen. Ihr steht für die teilstationär durchgeführte Chemotherapie des Versicherten kein weitergehender Vergütungsanspruch von 2174,81 Euro und damit auch kein Zinsanspruch zu. Sie berechnete rechtmäßig die tagesbezogenen teilstationären Entgelte, die im 3. Quartal 2012 für den Versicherten anfielen, als einen Fall. Bei Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Entgelten wird für jeden Patienten, der - wie der Versicherte - wegen derselben

Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal nur ein Fall gezählt (§ 8 Abs 2 Nr 2 Buchst b FPV 2012). Prozeduren, die - wie hier die Gabe von Medikamenten - Mengen- oder Zeitangaben im Kode enthalten, sind nur einmal während einer stationären Behandlung, also im stationären Behandlungsfall zu kodieren. Dementsprechend durfte die Klägerin nicht für jeden Behandlungstag die jeweils verabreichte Medikamentendosis abrechnen, sondern nur einmal die Summe der im 3. Quartal verabreichten Medikamentendosen (*Gabe von Pemetrexed, parenteral, 3.900 mg und mehr, OPS 6-001.cj; Zusatzentgelt ZE53.19*).

Sozialgericht für das Saarland - S 15 KR 1196/14
Landessozialgericht für das Saarland - L 2 KR 5/16
Bundessozialgericht - B 1 KR 30/17 R

4) Der Senat hat die Revision der klagenden Krankenhausträgerin zurückgewiesen. Ihr steht kein Anspruch auf Zahlung von 16 757,99 Euro zu. Die Klägerin erfüllte nicht die hierfür notwendigen Mindestvoraussetzungen eines unmittelbaren Zugangs zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen, indem sie mit einem Partner in Trier kooperierte. Sie war 2014 nicht in der Lage, die erforderliche "höchstens halbstündige Transportentfernung" unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels grundsätzlich, also regelhaft jederzeit einzuhalten. Dieser Zeitraum beginnt mit der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern, und endet mit der Übergabe des Patienten an die behandelnde Einheit des Kooperationspartners. Bei Dunkelheit dauerte diese Rettungstransportzeit auch unter Einsatz eines Rettungshubschraubers als schnellstmöglichem Transportmittel wesentlich länger als eine halbe Stunde.

Sozialgericht Trier - S 3 KR 51/15
Landessozialgericht Rheinland-Pfalz - L 5 KR 194/16
Bundessozialgericht - B 1 KR 38/17 R

5) Der Senat hat die Revision der klagenden Krankenhausträgerin zurückgewiesen. Ihr steht kein Anspruch auf Zahlung von 21 778,98 Euro zu. Die hierfür notwendigen Mindestvoraussetzungen eines unmittelbaren Zugangs zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen erfüllte die Klägerin auch hier aus den im Fall 4 genannten Gründen nicht.

Sozialgericht Trier - S 5 KR 47/15
Landessozialgericht Rheinland-Pfalz - L 5 KR 90/16
Bundessozialgericht - B 1 KR 39/17 R