



Kassel, den 28. Oktober 2020

Terminbericht Nr. 40/20 (zur Terminvorschau Nr. 40/20)

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 27. Oktober 2020 in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung.

1) 10.00 Uhr - B 1 KR 8/20 R - St. E. Krankenhaus ./ DAK-Gesundheit

Vorinstanzen:

Sozialgericht Lübeck - S 3 KR 519/12, 07.05.2015

Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht - L 5 KR 88/15, 23.08.2018

Auf die Revision der beklagten Krankenkasse hat der Senat die Urteile der Vorinstanzen aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Aufrechnung der Beklagten wegen überzahlter Krankenhausvergütung war wirksam. Der Vergütungsanspruch der klagenden Krankenhausträgerin für beide Behandlungszeiträume war nach zwischenzeitlicher Verlegung in ein anderes Krankenhaus wegen Rückverlegung als ein Behandlungsfall abzurechnen und um einen Verlegungsabschlag zu mindern. Grundlage dafür ist § 1 Abs 1 Satz 3 in Verbindung mit § 3 Abs 3 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2010. Der Begriff der Verlegung ist in § 1 Abs 1 Satz 4 FPV definiert als Aufnahme eines Versicherten in einem Krankenhaus innerhalb von 24 Stunden nach Entlassung aus einem anderen. Der Wortlaut der Vorschrift lässt ein anderes - etwa am allgemeinen Sprachgebrauch orientiertes - Verständnis des Begriffs der Verlegung nicht zu. Dafür sprechen auch die § 1 Abs 1 FPV innewohnende Systematik und das dort geregelte Verhältnis zu § 3 FPV. Die Rückverlegung ist ein Unterfall der Verlegung. Zwischen der Entlassung und der Wiederaufnahme der Versicherten lagen weniger als 24 Stunden.

2) 10.45 Uhr - B 1 KR 12/20 R - Kliniken Südostbayern AG ./ DAK-Gesundheit

Vorinstanzen:

Sozialgericht München - S 28 KR 856/16, 21.03.2017

Bayerisches Landessozialgericht - L 4 KR 215/17, 11.04.2019

Auf die Revision der beklagten Krankenkasse hat der Senat die Urteile der Vorinstanzen aufgehoben und die Klage aus den Gründen der am selben Tag als Fall 1 verhandelten und entschiedenen Revision (B 1 KR 8/20 R) abgewiesen. Auch hier war die Aufrechnung der Beklagten wegen überzahlter Krankenhausvergütung wirksam. Der Vergütungsanspruch der klagenden Krankenhausträgerin war um einen Verlegungsabschlag zu mindern. Grundlage dafür ist § 1 Abs 1 Satz 3 in Verbindung mit § 3 Abs 1 Fallpauschalenvereinbarung 2013. Zwischen der Entlassung der Versicherten aus dem Krankenhaus der Klägerin und der Wiederaufnahme in einem anderen Krankenhaus lagen weniger als 24 Stunden.

- 3) 11.30 Uhr - B 1 KR 10/20 R - M. Krankenhaus gGmbH ./ AOK Bayern

Vorinstanzen:

Sozialgericht Nürnberg - S 21 KR 173/17, 24.11.2017

Bayerisches Landessozialgericht - L 20 KR 148/18, 19.03.2019

Die klagende Krankenhausträgerin hat die Klage in der mündlichen Verhandlung mit Blick auf das Urteil des Senats vom 16.7.2020 - B 1 KR 22/19 R - zurückgenommen.

- 4) 12.15 Uhr - B 1 KR 9/20 R - Klinikverbund A. gGmbH ./ AOK Bayern

Vorinstanzen:

Sozialgericht Augsburg - S 10 KR 320/15, 08.09.2017

Bayerisches Landessozialgericht - L 5 KR 631/17, 29.01.2019

Auf die Revision der beklagten Krankenkasse hat der Senat die Urteile der Vorinstanzen aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Vorinstanzen haben die Beklagte zu Unrecht zur Zahlung weiterer 3426,48 Euro nebst Zinsen verurteilt. Die Klägerin durfte nach dem Grundsatz des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens lediglich einen (einzigen) Behandlungszeitraum abrechnen, nicht jedoch zwei Behandlungszeiträume. Das in § 12 Abs 1 SGB V geregelte Wirtschaftlichkeitsgebot erfordert, dass Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens prüfen und bei Bestehen mehrerer gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsalternativen die kostengünstigste wählen. Wählen sie eine unwirtschaftliche Behandlungsalternative, lässt das den Vergütungsanspruch nach der ständigen Rechtsprechung des Senats nicht vollständig entfallen. Vielmehr hat das Krankenhaus Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiel. Daran hält der Senat auch in Ansehung der mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018 eingefügten Regelung des § 8 Abs 5 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes fest. Diese Regelung ist - anders als andere Regelungen des PpSG - erst zum 1.1.2019 in Kraft getreten und findet auf den vorliegenden Fall keine Anwendung. Die Klägerin führte zwei vollstationäre Behandlungen mit zwischenzeitlicher Entlassung des Versicherten durch und rechnete dafür zwei Fallpauschalen ab. Sie hätte den Versicherten im Hinblick auf die der Durchführung der Operation entgegenstehende, noch nicht abgeklungene Medikamenteneinwirkung aber auch beurlauben können, wodurch eine geringere Vergütung angefallen wäre. § 1 Abs 7 Satz 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2012 stand einer Beurlaubung des Versicherten nicht entgegen.

- 5) 13.45 Uhr - B 1 KR 25/19 R - Orthopädisches Zentrum M. gGmbH ./ BARMER

Vorinstanzen:

Sozialgericht Dresden - S 18 KR 884/14, 23.06.2015

Sächsisches Landessozialgericht - L 1 KR 170/16, 10.04.2019

Der Senat hat die Revision der klagenden Krankenhausträgerin zurückgewiesen. Die Vorinstanzen haben einen Vergütungsanspruch der Klägerin über weitere 1825,56 Euro zu Recht verneint. Das Krankenhaus darf die multimodale Schmerztherapie nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS 8-918 nur dann kodieren, wenn es bei interdisziplinärer Einbeziehung der psychologisch-psychotherapeutischen Disziplin, insbesondere bei der interdisziplinären Diagnostik, hierfür approbierte Psychologische Psychotherapeuten einsetzt. Dies war hier nicht der Fall. Weder der Diplom-Psychologe noch die Diplom-Psychologin waren als Psychologische Psychotherapeuten approbiert. Sie verfügten insoweit nicht einmal über eine abgeschlossene Ausbildung.

6) 14.30 Uhr - B 1 KR 3/20 R - S. ./J. BARMER

Vorinstanzen:

Sozialgericht Dessau-Roßlau - S 21 KR 13/17, 22.11.2017

Landessozialgericht Sachsen-Anhalt - L 6 KR 12/18, 20.02.2020

Der Senat hat die Revision der Klägerin zurückgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung der selbstbeschafften Liposuktionen. Insbesondere sind die Voraussetzungen einer Kostenerstattung aufgrund einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a SGB V nicht erfüllt. Zwar hat die Beklagte die beantragte Liposuktion nicht innerhalb der durch § 13 Abs 3a SGB V vorgegebenen Frist beschieden. Die Klägerin war jedoch wegen ihrer Unterschrift unter einen Behandlungsvertrag schon am 27.4.2016 auf die von ihr dann auch in Anspruch genommene Behandlung bei der C-GmbH vorfestgelegt. Ein Versicherter, der schon vor Ablauf der Entscheidungsfrist auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung vorfestgelegt ist, hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegen die Krankenkasse aufgrund einer Genehmigungsfiktion. Der Senat hat Entsprechendes schon zum Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 2. Fall SGB V entschieden, wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Fälle des Systemversagens liegen danach nicht vor, wenn sie für die Selbstbeschaffung des Versicherten gar nicht ursächlich werden. Der Gesetzgeber baut mit der Genehmigungsfiktion auf diesem System auf. Hat ein Versicherter schon vor Fristablauf eigenmächtig das Sachleistungssystem infolge Vorfestlegung "verlassen", ist diese Vorfestlegung, nicht dagegen die verstrichene Frist ursächlich für die dem Versicherten entstandenen Kosten.