



Bundessozialgericht

Bundessozialgericht

Pressestelle

Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel

Telefon: +49 (0)561 3107 460

Telefax: +49 (0)561 3107 474

E-Mail: pressestelle@bsg.bund.de

Internet: www.bundessozialgericht.de

Kassel, den 30. August 2023

Terminbericht Nummer 32/23 (zur Terminvorschau Nummer 32/23)

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 29. August 2023 in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung.

1) **10.00 Uhr**
B 1 KR 15/22 R

Kliniken G. GmbH ./ . Betriebskrankenkasse BPW Bergische Achsen KG

Verfahrensgang:

Sozialgericht Köln, S 23 KR 1044/17, 13.07.2018

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, L 11 KR 542/18, 24.03.2021

Die Revision des klagenden Krankenhauses hatte Erfolg. Der beklagten Krankenkasse stand kein Erstattungsanspruch im Behandlungsfall K zu. Die Aufrechnung ging ins Leere. Das Krankenhaus hat zu Recht die Fallpauschale DRG B70I (Apoplexie, ein Belegungstag) mit 1086,89 Euro abgerechnet.

Der Versicherte K wurde im erstangegangenen Krankenhaus als Notfall kurzzeitig stationär aufgenommen. Die Aufnahme erfolgte konkludent. Die stationäre Behandlung war auch erforderlich. Der Senat hat entschieden (Urteil vom 18.5.2021 - B 1 KR 11/20 R - Schockraum-Urteil), dass ein Krankenhaus nicht bereits deshalb zwingend stationär behandelt, weil es den Patienten parallel zur Aufnahmeuntersuchung notfallmäßig versorgen muss. Dies gilt auch dann, wenn - wie hier - von Beginn an kein ernsthafter Zweifel daran bestehen kann, dass der Notfallpatient überhaupt einer stationären Behandlung bedarf. Die Aufnahmeuntersuchung dient der Klärung, ob eine Aufnahme des Versicherten in das Krankenhaus erforderlich ist. Die hierzu vorgenommenen Untersuchungen begründen nicht zwingend bereits selbst die Aufnahme in das Krankenhaus. Ergibt sich nach der Aufnahmeuntersuchung, dass eine Verweisung des Versicherten an ein anderes Krankenhaus oder die ambulante Weiterbehandlung medizinisch erforderlich und ausreichend ist, liegt keine stationäre Behandlung vor. Dies gilt auch in den Fällen, in denen ein Versicherter als Notfall mit einem Rettungswagen durch einen Notarzt in ein Krankenhaus eingeliefert wird. Hieran hält der Senat fest. Abweichend vom Schockraum-Urteil lässt der Senat 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 ausreichen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass der Einsatz der besonderen Mittel im erstangegangenen Krankenhaus eine hohe Intensität aufweist. Eine stationäre Notfallbehandlung im erstangegangenen Krankenhaus liegt schon dann vor, wenn die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen den intensiven Einsatz von sächlichen und personellen Ressourcen erfordern, wie sie regelmäßig bei der Behandlung in einem Schockraum oder auf einer Schlaganfallstation (stroke unit) zum Einsatz kommen. Die hohe Intensität kann sich schon aus dem Einsatz verschiedener und in ihrem engen zeitlichen und örtlichen Verbund nur

stationär verfügbarer diagnostischer Maßnahmen ergeben, die ambulant nicht in gleicher Weise regelhaft verfügbar sind. Die Abrechnung einer Fallpauschale setzt aber im einzelnen Behandlungsfall die Feststellung des Einsatzes solch personeller und sächlicher Ressourcen voraus. Unerheblich ist dabei, dass die Diagnostik auch der Feststellung dient, dass das Krankenhaus in der Lage ist, selbst die kurative Behandlung einzuleiten oder fortzusetzen. Nach diesen Maßstäben erfolgte mit der sofortigen Verbringung des Versicherten K auf die zertifizierte Schlaganfallstation des Krankenhauses und der Einleitung einer schnell aufeinander folgenden umfangreichen Untersuchung eine konkludente Aufnahme in die stationäre Behandlung.

2) **11.00 Uhr**
B 1 KR 25/22 R

Klinik B. GmbH ./ DAK Gesundheit

Verfahrensgang:

Sozialgericht Gotha, S 9 KR 3024/16, 15.02.2018

Thüringer Landessozialgericht, L 6 KR 421/18, 26.08.2021

Die Revision der beklagten Krankenkasse hatte keinen Erfolg. Die Vorinstanzen haben die Krankenkasse zu Recht zur Zahlung von 20.026,18 Euro verurteilt. Ihr stand kein Erstattungsanspruch zu. Die Aufrechnung ging ins Leere.

Nach der Kodierregel D002f der Deutschen Kodierrichtlinien war als Hauptdiagnose nicht "Subdurale Blutung", sondern "Aortenklappenstenose" zu kodieren. Hierdurch wird die von dem klagenden Krankenhaus mit 39.086,29 Euro abgerechnete und von der Krankenkasse zunächst vergütete Fallpauschale angesteuert. Liegen - ex-post betrachtet - schon bei Aufnahme ins Krankenhaus mehrere Leiden objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind - wie dies hier nach den unangegriffenen Feststellungen des Landessozialgerichts der Fall war -, sind diese allein nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten. Das gilt unabhängig davon, welche Leiden bei der Aufnahmeuntersuchung erkannt wurden oder erkennbar waren. Dies ergibt sich aus der hier maßgeblichen Auslegung nach Wortlaut und unterstützenden systematischen Erwägungen. Die "Veranlassung des stationären Aufenthalts" ist nicht subjektiv ex ante, sondern objektiv ex post zu verstehen. Dass es nicht auf die (subjektive) Handlungstendenz des Krankenhauses ankommt, ergibt sich aus dem Wortlaut "nach Analyse". Nach den unangegriffenen Feststellungen des Landessozialgerichts war der Ressourcenverbrauch für die Transkatheter-Aortenklappenimplantation größer als für die Ausräumung des Hämatoms nach chirurgischer Schädelöffnung.

3) **11.45 Uhr**
B 1 KR 13/22 R

M. H.-B. ./ BARMER

Verfahrensgang:

Sozialgericht Speyer, S 7 KR 1103/19, 25.10.2021

Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, L 5 KR 221/21, 24.05.2022

Die Revision der Klägerin hatte Erfolg. Die Klägerin hat gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf Erstattung der Hälfte der Kosten ihrer zweiten Kinderwunschbehandlung, obwohl bereits eine hälftige Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung ihres Ehemannes erfolgt ist. Das Gesetz trifft in § 27a SGB V keine Regelung dazu, ob und nach welchen Gesichtspunkten bei "gemischt versicherten" Paaren ein Ausschluss, ein Ausgleich oder eine Kostenteilung der jeweiligen Ansprüche zwischen privater Krankenversicherung und gesetzlicher Krankenkasse stattfindet. Ehegatten, die unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen angehören, steht bei sich überschneidenden Ansprüchen auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft gegen ihre gesetzliche und private Krankenversicherung nach der

Rechtsprechung des Senats ein Wahlrecht zu. Die vollständige Erfüllung des Anspruchs gegen die private Krankenversicherung lässt auch den gleichgerichteten, sich inhaltlich überschneidenden Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung erlöschen. Von einer inhaltlichen Überschneidung der Ansprüche ist jedoch nur auszugehen, wenn anderenfalls eine Überkompensation einträte, weil sich Leistungen unterschiedlicher Krankenversicherungsträger hinsichtlich deckungsgleicher Ansprüche kumulieren. Haben die Eheleute aber wie vorliegend gegen den privaten Krankenversicherer in Ausübung ihres Wahlrechts nur eine Kostenerstattung in Höhe der hälftigen Behandlungskosten beansprucht und erhalten, erlischt der Anspruch auf ebenfalls hälftige Kostenerstattung gegen die gesetzliche Krankenkasse nicht. Die Ansprüche gegen private Krankenversicherung und gesetzliche Krankenkasse sind dann nicht deckungsgleich, sondern ergänzen einander. Dem Gesetz ist nicht zu entnehmen, dass der Anspruch gegen die Krankenkasse subsidiär gegenüber Ansprüchen des anderen Ehegatten in einem anderen Krankenversicherungssystem wäre.

4) **12.45 Uhr**
B 1 KR 33/22 R

N. N. ./ Techniker Krankenkasse
und 4 Beigeladene

Verfahrensgang:
Sozialgericht Berlin, S 51 KR 1575/18, 31.10.2019
Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, L 4 KR 454/19, 22.09.2022

Die Beteiligten haben sich verglichen.

5) **14.15 Uhr**
B 1 KR 18/22 R

A Klinik GmbH ./ AOK Rheinland/Hamburg
und 1 Beigeladene

Verfahrensgang:
Sozialgericht Hamburg, S 6 KR 193/16, 23.03.2021
Landessozialgericht Hamburg, L 1 KR 60/21, 23.06.2022

Die Revision der beklagten Krankenkasse hatte Erfolg. Der Senat hat das Urteil des Landessozialgerichts aufgehoben und die Klage abgewiesen. Dem klagenden Krankenhaus steht kein Anspruch auf weitere Vergütung unter Berücksichtigung der kodierten Prozedur 8-522.91 des Operationen- und Prozedurenschlüssel für die von der beigeladenen Praxis durchgeführte ambulante Strahlentherapie zu. Es handelte sich zwar um eine vom Krankenhaus veranlasste Leistung eines Dritten und damit um eine allgemeine Krankenhausleistung. Das Krankenhaus war verpflichtet, hierdurch die unstreitig vorhandene strahlentherapeutische Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten abzudecken, denn es durfte die Versicherte - anders als bei der hiervon ausgenommenen Dialyse - nicht auf einen ambulanten Leistungserbringer verweisen (Verbot der ambulanten Parallelbehandlung). Der Anspruch scheidet jedoch daran, dass das Krankenhaus keinen Versorgungsauftrag für die Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen hatte und daher nicht berechtigt war, die Prozedur 8-522.91 zu kodieren und abzurechnen. Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter sind nur dann als eigenständige Operationen und Prozeduren kodierfähig, wenn das Krankenhaus sie nach dem Inhalt seines Versorgungsauftrages auch selbst erbringen durfte. Mit dem Versorgungsauftrag wird unter anderem konkret eingegrenzt, welche Leistungen das Krankenhaus erbringen, das heißt, selbst durchführen darf. Nach der revisionsrechtlich nicht zu beanstandenden Auslegung des maßgeblichen Krankenhausplans und des diesen konkretisierenden Feststellungsbescheids durch das Landessozialgericht bezog sich der Versorgungsauftrag hier nur auf die Indikationsstellung und Koordination– extern in Auftrag

gegebener - strahlentherapeutischer Leistungen. Sie selbst waren aber nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst.

6) **15.15 Uhr**
B 1 KR 26/22 R

A. S. ./ AOK NORDWEST

Verfahrensgang:

Sozialgericht Hamburg, S 46 KR 3366/19, 27.12.2021

Landessozialgericht Hamburg, L 1 KR 18/22, 31.08.2022

Die Revision der Klägerin hatte keinen Erfolg. Der Anspruch der Klägerin auf Genehmigung der Versorgung mit Cannabis scheidet jedenfalls daran, dass sie keine begründete Einschätzung ihres behandelnden Vertragsarztes vorgelegt hat. Nach den nicht mit durchgreifenden Rügen angegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des Landessozialgerichts steht eine Standardtherapie zur Behandlung der Schmerzerkrankung und zur Erreichung des angestrebten Behandlungsziels der Schmerzlinderung zur Verfügung. In solchen Fällen bedarf es der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes, warum diese Methoden unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes dennoch nicht zur Anwendung kommen können. Das Gesetz gesteht dem behandelnden Vertragsarzt insoweit eine Einschätzungsprärogative zu. An die begründete Einschätzung sind aber - wie der Senat bereits entschieden hat - hohe Anforderungen zu stellen. Sie muss die mit Cannabis zu behandelnde Erkrankung und das Behandlungsziel benennen, die für die Abwägung der Anwendbarkeit verfügbarer Standardtherapien mit der Anwendung von Cannabis erforderlichen Tatsachen vollständig darlegen und eine Abwägung unter Einschluss möglicher schädlicher Wirkungen von Cannabis beinhalten. An einer diesen Anforderungen genügenden begründeten Einschätzung fehlt es vorliegend.