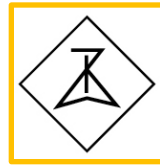


„Auswirkungen der aktuellen BSG-Rechtsprechung betreffend Abrechnungsstreitigkeiten“

DGfM Nordost
Berlin
08.12.2015



Rechtsanwalt
Dr. jur. Jens-Hendrik Hörmann, LL.M. (Medizinrecht)



ZIMMER ♦ BREGENHORN-WENDLAND

Rechtsanwaltssozietät

Bochum

Johannes Zimmer *
Ralf Bregenhorn-Wendland *
Kathrin Peter
Cornelia Kruse
Karin Wendland **
Dr. Lydia Gudera ***
Silke Rumpel *
André Bohmeier
Melanie Tewes **
Kim Roger Feiertag ****
Dr. Jens-Hendrik Hörmann, LL.M.
Ulrike Schenkel **
Jennifer Rzepisko

Düsseldorf

Nicole Wagner **
Sandra Timmann **
Dr. Andreas Penner
Tanja Koopmann-Röckendorf */***
Prof. Ulf Pallme König
Ruth Hesse, LL.M.

Magdeburg

Jutta Pasura *
Thomas Wernitz **
Sven Kohlrusch **
Claudia Geppert **
Frank Wölfer **
Andreas Bortfeld



* Fachanwalt für Sozialrecht ** Fachanwalt für Medizinrecht *** Fachanwalt für Arbeitsrecht **** Fachanwalt für Versicherungsrecht

www.med-juris.de

Wer sind wir ?



- Spezialkanzlei für Abrechnungsstreitigkeiten
- Seit 2002 – über 45.000 Abrechnungsstreitigkeiten
- 25 Anwälte – 16 Fachanwälte
- Mandate in ganz Deutschland
 - Sozialgerichte
 - Landessozialgerichte
 - BSG

Gliederung

- Begründungspflichten für stationäre Leistungen
 - Aktuelle Begründungspflichten
 - Ggf. zukünftige Begründungspflichten
- Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung
 - Prüfverfahren
 - Aufwandspauschale
- Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015
 - Aktuelle Entscheidungen
 - Aktuell anhängige Rechtsfragen

Exkurs: PrüfvV

- Im Falle neuer PrüfvV bitte bedenken:
 - Bis 31.12.2014
 - Altes Recht
 - Zwischen 01.01.2015 und Inkrafttreten neuer PrüfvV
 - Aktuelle PrüfvV
 - Im Anschluss
 - Neue PrüfvV

→ Aufgrund vierjähriger sozialrechtlicher Verjährungsfrist demnach Zugrundelegung unterschiedlicher Prüferegime je nach Behandlungszeitraum

Gliederung

- Begründungspflichten für stationäre Leistungen
 - Aktuelle Begründungspflichten
 - Ggf. zukünftige Begründungspflichten
- Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung
 - Prüfverfahren
 - Aufwandspauschale
- Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015
 - Aktuelle Entscheidungen
 - Aktuell anhängige Rechtsfragen

Begründungspflicht für stationäre Leistungen

- Übermittlung der Angaben nach § 301 SGB V mittels Datenträgeraustausch
- Grds. waren Daten nach § 301 SGB V abschließend
- Ausnahmsweise sind nunmehr spezielle Begründungen seitens der KH notwendig

Begründungspflicht für stationäre Leistungen

- BSG scheint an einzelfallbezogener Kasuistik Fallgruppen von Begründungspflichten erschaffen zu wollen
- In folgenden Urteilen sind spezielle Fallgruppen kreiert worden:

Begründungspflicht für stationäre Leistungen

- BSG, Urteil vom 16.05.2012, B 3 KR 14/11 R
 - Medizinische Begründung für vollstationären Aufenthalt bei grds. der vertragsärztlichen Versorgung zugewiesener Leistung
 - Stichwort: Polysomnographie

- BSG, Urteil vom 21.03.2013, B 3 KR 28/12 R
 - Medizinische Begründung für vollstationären Aufenthalt bei AOP I + II-Fällen

Begründungspflicht für stationäre Leistungen

- BSG, Urteil vom 17.09.2013, B 1 KR 51/12 R
 - Medizinische Begründung für nachstationäre Versorgung, wenn behandelnder Arzt auch Ermächtigung für ambulanten Sektor besitzt und Leistung sonst immer im Rahmen der Ermächtigung ambulant durchgeführt und abgerechnet wurde
 - Stichwort: Strahlentherapie
- BSG, Urteil vom 01.07.2014, B 1 KR 24/13 R
 - Medizinische Begründung für die Kodierung zweier OPS-Codes bei einer OP

Begründungspflicht für stationäre Leistungen

- BSG, Urteile vom 14.10.2014 (B 1 KR 25/13 R + B 1 KR 26/13 R) sowie 10.03.2015 (B 1 KR 4/15 R)
 - § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V
 - Übermittlung der Angaben zur „medizinischen Rehabilitation“ im Rahmen stationärer KH-Behandlung an die KK
 - 1. Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen
 - » Schlüssel 2 und Anhang A zu Anlage 2 der Datenübermittlungsvereinbarung („Rehabilitationsmaßnahmen“) (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Soziotherapie, usw.)
 - 2. Vorschlag für weitere Behandlung
 - » Schlüssel 13 (z.B. Rehabilitations-Sport, Heil- und Hilfsmittel, Wiederholungsheilbehandlung, usw.)
 - 3. Vorschlag für geeignete Einrichtungen
 - » Schlüssel 14 (IK-Nummer der vorgeschlagenen Einrichtung)
 - Je nach EDV-System per DTA oder schriftlich an die KK per Fax

Begründungspflicht für stationäre Leistungen

- Insbesondere frührehabilitative Komplexbehandlungen
 - 8-550: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
 - 8-552: Neurologisch-neurochirurgische Komplexbehandlung
 - 8-553: Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren
 - 8-559: Fachübergreifende und andere Rehabilitationen
- Problem:
 - Weitere Codes mit rehabilitativen Leistungsinhalten erfasst?
 - Auch bei Weiterbehandlung in Pflegeeinrichtung?
 - Bei allen KH-Aufenthalten mit Leistungen „medizinischer Rehabilitation“?
- Unsere Rechtsauffassung
 - Daten zur medizinischen Rehabilitation sind spätestens seit Verkündung des BSG-Urteils vom 14.10.2014 zu übermitteln

Gliederung

- Begründungspflichten für stationäre Leistungen
 - Aktuelle Begründungspflichten
 - Ggf. zukünftige Begründungspflichten
- Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung
 - Prüfverfahren
 - Aufwandspauschale
- Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015
 - Bisherige Entscheidungen
 - Aktuell anhängige Rechtsfragen

Begründungspflicht für stationäre Leistungen

- Ggf. zukünftige Begründungspflichten
 - 24-Stunden-Fälle (sog. „abgebrochene stationäre Behandlung“)?
 - Gabe von Pool- oder Apheresekonzentraten?
 - Nachträgliche Rechnungskorrektur?

Gliederung

- Begründungspflichten für stationäre Leistungen
 - Aktuelle Begründungspflichten
 - Ggf. zukünftige Begründungspflichten
- Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung
 - Prüfverfahren
 - Aufwandspauschale
- Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015
 - Aktuelle Entscheidungen
 - Aktuell anhängige Rechtsfragen

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung



BSG, insb. Urteile vom

01.07.2014 – B 1 KR 24/13 R

01.07.2014 – B 1 KR 29/13 R

14.10.2014 – B 1 KR 26/13 R

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

Von einer sachlich-rechnerischen Prüfung geht das BSG offensichtlich aus, wenn

- ... von der „üblichen“ Kodierpraxis abgewichen wird
 - (BSG Urteil v. 01.07.2014 – B 1 KR 24/13 R).
- Stellungnahme des MDK erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom KH nach § 301 SGB V mitgeteilten Daten zur Hauptdiagnose aufkommen lässt
 - (BSG Urteil v. 01.07.2014 – B 1 KR 29/13 R).
- ... Meldepflicht nach § 301 SGB V nicht vollständig erfüllt ist
 - (BSG Urteil v. 14.10.2014 – B 1 KR 26/13 R).

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- **Rechtsfolgen sachlich-rechnerischer Prüfung**

- 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S.2 SGB V greift nicht
- Weitergehende Mitwirkungspflicht des KH
- Aufwandspauschale (-)
- Keine Anwendung der (aktuell gültigen) PrüfvV, da diese nur auf Prüfungen nach § 275 SGB V Bezug nimmt

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- Grds. Abgrenzung zur Auffälligkeitsprüfung nach Auffassung des 1.Senat am BSG
 - Auffälligkeitsprüfung
 - Fragen betreffend die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
 - PFB / SFB / FZF
 - Gabe von Pool- oder Apheresekonzentraten
 - Sachlich-rechnerische Richtigkeit
 - Fragen im Übrigen
 - Insb. Kodierung

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

Aus dem Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 29/13 R)

„Die Klägerin kann aus der Regelung des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V nichts für sich herleiten.

(...)

Denn die Beklagte durfte die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung nach allgemeinen Grundsätzen überprüfen.“

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

„Das Überprüfungsrecht der KKn von Krankenhausabrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit unterliegt einem eigenen Prüfregime. Die gesetzliche Regelung der Informationsübermittlung vom Krankenhaus an die KK (vgl. § 301 SGB V) korrespondiert mit der Prüfberechtigung der KK. KKn sind jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf eine Leistungsverweigerung oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen (§ 301 SGB V).“

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- Hinweis auf § 301 SGB V?
- Prüfverfahren ist dort nicht geregelt!
- Kreation des 1.Senats am BSG
- Keine Anknüpfung im Gesetz

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- Widerspruch des 1. Senats ggü. eigener Rechtsprechung vom 17.12.2013 (B 1 KR 52/12 R, Rdn. 11):
 - „Es bestehen Auffälligkeiten, die die Krankenkasse zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigen und verpflichten, wenn die Abrechnung und / oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und / oder weitere zulässig von der Krankenkasse verwertbare Informationen (...) Fragen nach der – insbesondere sachlich-rechnerischen – Richtigkeit der Abrechnung und / oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die Krankenkasse aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann (...).“

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- Widerspruch des 1. Senats ggü. eigener Rechtsprechung vom 20.06.2010 (B 1 KR 1/10 R, Rdn. 14 f.):
 - *„Wie der Gesetzeswortlaut des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zeigt, können innerhalb des von § 275 Abs. 1c S. 3 erfassten Bezugsrahmens auch jenseits einer rein medizinischen Beurteilung im engeren Sinne liegende Auffälligkeiten für das Entstehen des Anspruchs ausreichen. Das ist anzunehmen, wenn jedenfalls zu erwarten ist, dass sich die Zweifel einer Krankenkasse an einer ordnungsgemäßen Abrechnung mittels des medizinischen-ärztlichen Sachverständes des MDK (...) klären lassen (...). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt. Bei der beklagten Krankenkasse waren mit Rücksicht auf die vorgenommene auffällige Kodierung Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Abrechnung aufgekommen.“*

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- **Sachlich-rechnerische Prüfung war also bis 2013 auch nach der Rechtsprechung des 1.Senats am BSG Unterfall der Auffälligkeitsprüfung**
- **Gründe, warum dies ab 2014 eine abweichende rechtliche Bewertung erfahren soll, sind nicht ersichtlich**
- **Alle juristischen Auslegungsmethoden sprechen gegen die neuerliche Rechtsauffassung des 1.Senats**

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- Wortlaut und Systematik des Gesetzes
 - § 275 Abs. 1 c Satz 1 SGB V bezieht sich ohne jedwede Einschränkung auf Krankenhaus-behandlung nach § 39 SGB V und auf Prüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V
- Historie der Norm
 - Spricht für sachlich-rechnerische Prüfung als Unterfall der Auffälligkeitsprüfung
 - Gesetzgeber wollte mit Einführung des § 275 Abs.1c SGB V zum 01.04.2007 alle Prüfvarianten erfassen

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- *Teleologie*

- *BT-Drucksache 16/3100, S.171:*

- *Mit der Pauschale wird eine vereinfachte, aber unbürokratische Regelung verfolgt. Sie kann deshalb keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewährleisten. So sind aufgrund von Umfang und Komplexität der Kodierregeln Fehlabbrechnungen mit zu hohen oder zu niedrigen Rechnungsbeträgen grundsätzlich nicht auszuschließen. Dennoch können Krankenkassen, die ihre Einzelfallprüfung gezielt durchführen, Mehrausgaben weitgehend vermeiden.“*

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- Weitere Argumente:
 - Strafrechtliche Dimension
 - Aufbau einer Straftat
 - » Tatbestand (+)
 - Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht, § 203 StGB
 - » Rechtswidrigkeit (+)
 - Insb. Fehlen von Rechtfertigungsgründen
 - Einwilligung (-)
 - Gesetzliche Rechtfertigungsgrundlage des § 276 Abs.2 S.1 Hs.2 SGB V (-)
 - » Schuld (+)
 - Insb. Schuldfähigkeit

**→ Keine Rechtfertigungsgrundlage zur
Unterlagenübersendung an den MDK**

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- Prüfanzeigen des MDK zeigen regelmäßig Prüfung nach § 275 Abs.1 SGB V an
 - Folgerichtig, da der MDK für Abrechnungsstreitigkeiten keine andere Rechtsgrundlage als Prüfberechtigung geltend machen kann
 - Maßgeblich für die Auslegung einer Prüfanzeige: Empfängerhorizont
 - BSG, Urteil vom 23.06.2015, B 1 KR 17/14 R, Rdn.18 und
 - BSG, Urteil vom 23.06.2015, B 1 KR 23/14 R, Rdn.19

→ Nach Empfängerhorizont des KH: Auffälligkeitsprüfung

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- Verstoß gegen Treu und Glauben analog § 242 BGB
 - Keine Krankenkasse hat vor Verkündung der BSG-Urteile vom 01.07.2014 Prüfregime sachlich-rechnerischer Richtigkeit postuliert, geschweige denn angezeigt
 - Erst im Nachgang zur BSG-Rechtsprechung sind einige Kostenträger aufgrund der ihnen „in den Schoß gefallen“ Rechtsprechung“ dazu übergegangen

Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung

- Bislang ist kein Instanzgericht der Rechtsauf-fassung des 1.Senats gefolgt, insb.:
 - SG Mainz, Urteil v. 04.05.2015, S 3 KR 428/14 u.a.
 - SG Gelsenk., Urteil v. 21.05.2015, S 11 KR 160/13
 - SG Halle, Urteil v. 27.05.2015, S 35 KR 570/13
 - SG Ulm, Urteil v. 18.06.2015, S 13 KR 2461/14
 - SG Speyer, Urteil v. 28.07.2015, S 19 KR 588/14
 - SG Osnabrück, Vfg. v. 20.10.2015, S 34 KR 238/15
 - SG München, Vfg. v. 27.11.2015, S 7 KR 429/15
 - SG Darmstadt, Urteil v. 07.12.2015, S 8 KR 434/14

Aufwandspauschale

- SG Mainz, Urteil vom 04.05.2015, S 3 KR 428/14:
 - *„Hierfür fehlt eine gesetzliche Grundlage.“*
 - *„Die Auffassung des BSG ist mit Gesetzeswortlaut und -systematik nicht zu vereinbaren und verstößt daher (...) gegen den Grundsatz der Bindung an das Gesetz.“*
 - *„Die Prüfung nach § 275 Abs.1c SGB V erfasst aber ohnehin alle Fälle, in denen die Krankenkasse anlässlich einer Abrechnung einer Krankenbehandlung eine Prüfung durch den MDK/SMD veranlasst. Weitere Differenzierungen sind aus dem Gesetz nicht ersichtlich (...).“*
 - *„Die Schaffung einer von § 275 Abs.1c SGB V unabhängigen „Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ durch das BSG entbehrt einer gesetzlichen Grundlage.“*
 - *Sobald der MDK/SMD jedoch mit der Prüfung des Falles befasst wird, greifen die Voraussetzungen und potentiellen Rechtsfolgen des § 275 Abs.1c.“*

Aufwandspauschale

- SG Speyer, Urteil vom 28.07.2015, S 19 KR 588/14:
 - *„Für die Installation eines solchen „Prüfregimes“, in dessen Rahmen die Vorlage von Behandlungsunterlagen an den MDK erfolgen soll, fehlt eine schon aus Gründen des Patientendatenschutzes erforderliche gesetzliche Grundlage.“*
 - *„Da es zudem eine einschlägige gesetzliche Regelung für ein Verfahren zur Überprüfung von Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen gibt, verstößt der 1. Senat des BSG nicht nur gegen den Grundsatz der Bindung an das Gesetz (...), sondern zugleich auch gegen das hiervon getragene Gewaltenteilungsprinzip.“*
 - *„Da das Verfahren der Abrechnungsprüfung von dem Regelungsgefüge der §§ 275 f. SGB V erfasst ist, besteht kein Raum für eine derartige richterliche Rechtsschöpfung. Eine „gesetzliche“ Grundlage im Sinne einer aus Datenschutzgründen erforderlichen Übermittlungs- und Offenbarungsbefugnis für die Herausgabe der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses an den MDK vermag die Rechtsprechung des 1. Senats des BSG nicht zu schaffen.“*

Aufwandspauschale

- Selbst unter Zugrundelegung der Rechtsprechung des 1. Senats vom 01.07.2014 (B 1 KR 29/13, Rdn.29) ergibt sich Anspruch auf AP
- *„(...) findet § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V keine Anwendung.*
- *Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Krankenkasse sachlich-rechnerische Auffälligkeiten zum Anlass nimmt, von sich aus gezielt eine Auffälligkeitsprüfung einzuleiten.“*

**→ Demnach führt auch jede Kodierfragestellung
(= sachlich-rechnerische Auffälligkeit) zum Anspruch
auf die AP**

Aufwandspauschale

- Einschreiten des Gesetzgebers durch KHSG zum 01.01.2016 mittels Schaffung eines S.4 in § 275 Abs.1c SGB V
 - *„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr.1 zeitnah durchzuführen.*
 - *Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.*
 - *Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.*
 - ***Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert.“***

Aufwandspauschale

- Ab 01.01.2016 demnach klar:
 - *Sachlich-rechnerische Prüfungen*
 - *existieren*
 - *unterfallen der Sechswochenfrist zur Prüfeinleitung*
 - *können eine Aufwandspauschale auslösen*
 - *unterfallen der aktuell gültigen PrüfvV*
- Rechtsfolgen damit identisch mit Auffälligkeitsprüfung,
unabhängig vom
Namen der Prüfung**

Aufwandspauschale

- Problem: Was gilt bis 31.12.2015?
 - Klarstellung mit Rückwirkung?
 - Neuregelung nur für die Zukunft?
 - Referentenentwurf des BMG vom 28.04.2015
 - Keine Erwähnung des § 275 Abs.1c S.4 SGB V
 - Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 30.06.2015
 - Keine Erwähnung des § 275 Abs.1c S.4 SGB V
 - Bund-Länder-Arbeitsgruppe KHSG (Stand 10/2015)
 - Erwähnung des § 275 Abs.1c S.4 SGB V als Klarstellung
 - Endgültige BT-Drucksache 18/6586 vom 04.11.2015
 - Erwähnung des § 275 Abs.1c S.4 SGB V als Neuregelung
 - Zwischendurch: „Klarstellende Neuregelung“

Aufwandspauschale

– Unsere Rechtsauffassung

- Gesetzgeberisches Einschreiten ist als Klarstellung mit Rückwirkung zu werten
- Gesetzgeber ist ausweislich der letztgültigen Gesetzesbegründung ausschließlich wegen der contra legem ergangenen Rechtsprechung des 1. Senats tätig geworden
- § 275 Abs.1c SGB V hat sich nicht geändert, nur Rechtsprechung des 1.Senats dazu
- Daher klarstellendes Einschreiten des Gesetzgebers

– Handlungsempfehlung

- Trotz erhöhten Prozessrisikos aufgrund neuer BSG-Rspr. Klageverfahren führen
- Instanzenrechtsprechung bislang ausnahmslos zugunsten der KH (Rechtsmittelverfahren anhängig)
- Instanzgerichte werden nach Einführung des § 275 Abs.1c S.4 SGB V erst recht bei Ihrer Rechtsauffassung verbleiben

Aufwandspauschale

- Rückwirkende Verrechnung ursprünglich vorbehaltlos gezahlter Aufwandspauschalen
 - Identische Argumentation (s.o.)
 - Zusätzlich insb.: SG Stralsund, Urteil vom 10.08.2012 (S 3 KR 181/11, Leitsatz und Rdn.21)
 - *„Eine unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.6.2010 (Az: B 1 KR 1/10 R) erfolgte Rückforderung der zuvor durch die Krankenkasse vorbehaltlos gezahlten Aufwandspauschale iSd. § 275 Abs. 1c S 3 SGB 5 ist in der Regel nicht mit dem Grundsatz von Treu und Glauben vereinbar. Eine gleichwohl erklärte Aufrechnung der Krankenkasse mit anderen Forderungen des Krankenhauses ist daher unwirksam.“*
 - *„Mit der vorbehaltlosen Zahlung der Aufwandspauschale kann daher das Krankenhaus in der Regel darauf vertrauen, dass die Prüfung ihrer Leistungsabrechnung abgeschlossen ist.“*

Aufwandspauschale

– Unsere Rechtsauffassung

- Verrechnung vorbehaltlos gezahlter Aufwands-pauschalen gestützt auf behauptete sachlich-rechnerische Prüfung rechtswidrig

– Handlungsempfehlung

- Klageverfahren führen

Gliederung

- Begründungspflichten für stationäre Leistungen
 - Aktuelle Begründungspflichten
 - Ggf. zukünftige Begründungspflichten
- Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung
 - Prüfverfahren
 - Aufwandspauschale
- Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015
 - Aktuelle Entscheidungen
 - Aktuell anhängige Rechtsfragen

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

„Jura meets Medizin“



Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

BSG



- ca. 1 Jahr

LSG



- ca. 3 - 5 Jahre

SG



- ca. 2 - 4 Jahr

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Zuständigkeit für Abrechnungsstreitigkeiten:

- Bis 31.12.2014
 - 1. Senat (60 Prozent) \leftrightarrow 3. Senat (40 Prozent)
 - Zuordnung 2014 nach Eingangszahlen der Verfahren
 - » Endziffern 1, 3, 5, 6, 8, 0: (1.Senat)
 - » Endziffern 2, 4, 7, 9: (3.Senat)
 - » Bsp.: L 1 KR 150/11 \rightarrow 1. Senat

- Seit 01.01.2015
 - Alleinzuständigkeit des 1. Senats

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Vier Verhandlungstage 2015
 - 10.03.2015
 - 21.04.2015
 - 23.06.2015
 - 17.11.2015

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

BSG, Urteile vom 10.03.2015, u.a.:

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten
 - BSG, B 1 KR 3/15 R

- Medizinische Rehabilitation, § 301 Abs.1 Nr.8 SGB V (s.o.)
 - BSG, B 1 KR 4/15 R

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Gabe von Apherese- oder Poolthrombozyten-konzentraten
 - Rechtsfrage
 - *Muss eine KK auch die kostenintensivere Behandlung mit Apherese-Thrombozytenkonzentraten zahlen, wenn medizinisch auch günstigere Poolpräparate ausreichend sind?*
 - Instanzen
 - SG für das Saarland, Urteil vom 19.06.2009, S 23 KR 100/09 (-)
 - LSG für das Saarland, Urteil vom 22.08.2012, L 2 KR 39/09 (-)
 - BSG, Urteil vom 10.03.2015, B 1 KR 2/15 R (-)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Gründe

- *Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten war nicht wirtschaftlich, da Gabe von Poolpräparaten ausgereicht hätte*
- *Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt auch KH bei der Behandlungsplanung wirtschaftliches Alternativverhalten zu berücksichtigen*
- *Nachweis der Wirtschaftlichkeit (+), wenn bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind*
- *Krankenhaus muss Vorhandensein von Poolpräparaten sicherstellen und kann sich nicht auf vom Blutspendedienst zu vertretende Versorgungsmängel berufen*

BSG, Urteile vom 21.04.2015, u.a.:

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Verwirkung
 - Rechtsfragen
 - *Verwirkung von Vergütungsansprüchen der KH?*
 - *Verwirkung von öffentlich-rechtlichen Erstattungsansprüchen der KK?*
 - Instanzen
 - LSG R-P, Urteil vom 08.08.2013, L 5 KR 97/13 (-)
BSG, Urteil vom 01.07.2014, B 1 KR 24/13 R (-)
 - LSG NRW, Urteil vom 22.11.2012, L 16 KR 600/11 (-)
BSG, Urteil vom 01.07.2014, B 1 KR 2/13 R (-)
 - LSG für das Saarland, Urteil vom 18.04.2012, L 2 KR 32/11 (+)
BSG, Urteil vom 01.07.2014 B 1 KR 48/12 R (-)
(anders jedoch: BSG, Urteil vom 18.07.2013, B 3 KR 22/12 R; dort (+))
 - SG Darmstadt, Urteil vom 23.04.2012, S 8 KR 77/11 (+) (Sprungrevision)
BSG, Urteil vom 01.07.2014, B 1 KR 47/12 R (+)
(von unserer Kanzlei geführt)
 - LSG S-A, Urteil vom 26.06.2013, L 4 KR 108/11 (-)
BSG, B 1 KR 27/13 R (BSG, Urteil vom 14.10.2014) (-)
 - **Hessisches LSG, Urteil vom 22.05.2014, L 8 KR 216/13 (-)**
BSG, Urteil vom 21.04.2015, B 1 KR 10/15 R (+)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Gründe

- Voraussetzungen der Verwirkung

- Zeitmoment

- » Verstreichen eines längeren Zeitraumes seit Möglichkeit der Geltend-machung seines Rechts

- Umstandsmoment

- » Verpflichteter richtet sich darauf ein, dass Berechtigter aufgrund des geschaffenen Vertrauenstatbestandes sein Recht nicht mehr ausübt
 - » Für diesen Vertrauenstatbestand müssen besondere Umstände vorliegen
 - » Bloßes Unterlassen in Form des Schweigens begründet diesen Vertrauens-tatbestand grundsätzlich nicht
 - » Ausnahme: Schweigen darf vom Schuldner als bewusst und planmäßig verstanden werden

→ Regelmäßig: Verwirkung bei Abrechnungsstreitigkeiten (-)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Verkürzung der vierjährigen Verjährungsfrist in Landesverträgen rechtswidrig
 - Rechtsfrage
 - *„Kann durch eine Vereinbarung nach § 112 Abs.2 S.1 Nr.2 SGB V die Verjährungsfrist für Vergütungsforderungen der Krankenhäuser auf drei Jahre festgesetzt werden?“*
 - Instanzen
 - SG Berlin, Urteil vom 10.05.2013, S 86 KR 2161/09 (+)
 - LSG B-B, Urteil vom 13.06.2014, L 1 KR 187/13 (-)
 - BSG, Urteil vom 21.04.2015, B 1 KR 11/15 R (+)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Gründe

- *Wirtschaftlichkeitsgebot steht einer rechtmäßigen Verkürzung der vierjährigen sozialrechtlichen Verjährungsfrist entgegen*

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- OPS-Code 8-981.x (Neurologische Komplex-behandlung des akuten Schlaganfalls)
 - Rechtsfragen
 - *„Kann die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls nach der DRG-Fallpauschale B70C abgerechnet werden, wenn das kooperierende Krankenhaus, das „in höchstens halbstündiger Transportentfernung unabhängig vom Transportmittel“ erreichbar sein muss, bei Krankentransporten außerhalb eines Notfalleinsatzes nur in frühestens 34 Minuten zu erreichen ist?“*
 - Ärztliche Anwesenheit
 - Höchstens halbstündige Transportentfernung
 - Von unserer Kanzlei geführt (Weitere ruhende Verfahren vor LSG)
 - Instanzen
 - SG Gotha, Urteil vom 23.09.2009, S 38 KR 1958/08 (+) u.a.
 - Thüringer LSG, Urteil vom 25.06.2013, L 6 KR 193/10 (-)
 - BSG, Urteil vom 21.04.2015, B 3 KR 20/13 R (-)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Ärztliche Anwesenheit

- OPS bis 2011:
 - „(...) (Der Arzt kann ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein.) (...)“
- OPS 2012:
 - „(...) (Der Arzt kann ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.) (...)“
- OPS ab 2013:
 - „ (...) (Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.) (...)“
- BSG sieht Formulierung ab 2012 als Klarstellung, nicht als Neuregelung
 - Kritik: Verstoß gegen ständige höchstrichterliche BSG-Rspr. zur wortlautgetreuen Auslegung der Abrechnungsbestimmung

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Höchstens halbstündige Transportentfernung

- OPS 2005 und 2006:
 - „(...) unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (eigene Abteilung im Hause oder fester Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung)“
- OPS 2007 bis 2013:
 - „(...) unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (jeweils eigene Abteilung im Hause oder Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung, *unabhängig vom Transportmittel*)“
- OPS ab 2014:
 - „(...) unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende). Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.)“

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Stellungnahme DIMDI seit OPS-Version 2007 (FAQ Nr.8033), zuletzt geändert am 04.06.2013 (identisch mit Formulierung im OPS-Code 2014)
 - *„Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.“*

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Fazit
 - Wortlaut tatsächlich bis 2014 nicht eindeutig
 - „*Unabhängig vom Transportmittel*“ kann bedeuten:
 - » Mit jedem Transportmittel muss Strecke in 30 Minuten zurückzulegen sein **oder**
 - » Irrelevant, welches Transportmittel benutzt wird
 - Ergänzend: Sinn und Zweck
 - » Sicherstellung der ausreichenden und zeitnahen Versorgung der Patienten
- Unsere Rechtsauffassung
 - 30-Minuten-Grenze muss eingehalten werden
 - Keine Relevanz des Transportmittels
- BSG
 - Nicht entscheidungserheblich
 - Kriterium des “schnellsten Transportmittels“ wohl nicht durchgreifend (a.A.: DIMDI, s.o.)
- Handlungsempfehlung
 - BSG-Rspr. hat keine Klarheit gebracht,
 - Ruhende LSG-Verfahren wieder aufgreifen
 - Fälle aus 2011 bis Ende 2015 verjährungshemmend einklagen oder Verjährungsverzichtseinrede von KK anfordern

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Auslegung der Hauptdiagnosedefinition
 - Instanzen
 - SG Dortmund, GB vom 08.07.2009, S 13 KR 24/07 (+)
 - LSG NRW, Urteil vom 16.01.2014, L 16 KR 177/09 (-)
 - BSG, Urteil vom 21.04.2015, B 1 KR 9/15 R (-)
 - Im BSG-Urteil finden sich insb. Ausführungen zu:
 - „Veranlassung“ zum stationären Krankenhausaufenthalt (Rdn.16)
 - Konkurrierenden Hauptdiagnosen (Rdn.17 f., 20)
 - Beurteilungszeitpunkt → „Nach Analyse“ (Rdn. 19)

BSG, Urteile vom 23.06.2015, u.a.:

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- 2 AP bei Fallzusammenführung
 - BSG, B 1 KR 17/14 R und B 1 KR 23/14 R
- AP nach erfolgreichem gerichtlichen Verfahren
 - BSG, B 1 KR 24/14 R
- AP bei sachlich-rechnerischer Richtigkeit (s.o.)
 - BSG, B 1 KR 13/14 R

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Drei- oder vierjährige Verjährungsfrist
 - Rechtsfrage
 - *„Gelten die Regelungen über die (sozialrechtliche) Verjährungsfrist oder die Verjährungsregelungen des BGB für Vergütungsansprüche von Krankenhäusern gegen Krankenkassen und für Erstattungsforderungen von Krankenkassen gegen Krankenhäuser?“*
 - Von unserer Kanzlei geführt
 - Instanzen
 - SG Mainz, Urteil vom 04.06.2014, S 3 KR 645/13 (+)
 - BSG, Urteil vom 23.06.2015, B 1 KR 26/14 R (-) (Sprungrevision)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Gründe

- Sozialrechtliche Verjährung separat zu zivilrechtlicher Verjährung
- Keine Anwendung zivilrechtlicher Verjährungsregelungen auf Sozialrecht
- Zudem:
 - Notwendigkeit eines vorherigen Schlichtungsverfahrens ab 01.09.2015 bei Streitwerten < 2.000 € nach Durchführung einer MDK-Abrechnungsprüfung

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
 - Rechtsfrage
 - *„Ist das Vertrauen einer Krankenkasse in den endgültigen Abschluss eines Abrechnungsfalles nur dann schutzwürdig, wenn sie die Rechnung des Krankenhauses vollständig bezahlt hat, weil sie in diesem Fall regelmäßig keinen Anlass hat, mit nachträglichen Korrekturen zu rechnen?“*
 - Instanzen
 - SG Hamburg, Urteil vom , S 6 KR 1338/09 (-)
 - LSG Hamburg, Urteil vom , L 1 KR 34/12 (+)
 - BSG, Urteil vom 23.06.2015, B 1 KR 26/14 R (-)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Gründe

- „Bei unter 60-jährigen Patienten mit Schlaganfall kommt keine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, sondern nur die bereits vergütete neurologische Komplexbehandlung in Betracht“
- „Eine altersunabhängige Zuordnung von Patienten zur Geriatrie (...) ist ausgeschlossen“
- „Die zwingend an das Alter anknüpfende Grenzziehung (...)“

– Kritik

- OPS-Code 8-550.x legt keine Altersgrenze fest → Verstoß gegen wortlautgetreue Auslegung der Abrechnungsbestimmungen
- Grenze von 60. Lebensjahren willkürlich gesetzt

– Handlungsempfehlung

- Klageverfahren trotz BSG-Urteil führen
- Änderung des Codes mit niedrigerer oder explizit abgelehnter Altersgrenze mittels Fachgesellschaft beim DIMDI erwirken

BSG, Urteile vom 17.11.2015, u.a.:

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Ressourcenverbrauch Akute Blutungsanämie
 - Rechtsfrage
 - *„Rechtfertigt die bloße Bereitstellung von Blutkonserven auch nach Vornahme einer sog. „Blutkreuzung“ die Kodierung einer Nebendiagnose bzgl. der Diagnose D62 ICD-10 (akute Blutungsanämie)?“*
 - Von unserer Kanzlei geführt
 - Instanzen
 - SG Fulda, Urteil vom 20.09.2012, S 4 KR 75/10 (+)
 - Hessisches LSG, Urteil vom 30.10.2014, L 8 KR 370/11 (-)
 - BSG, Urteil vom 17.11.2015, B 1 KR 41/14 R (-)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Gründe

- Bereitstellung gekreuzter Blutkonserven bewirke keinen weiteren therapeutischen Aufwand, sondern lediglich einen therapeutisch nicht ausgenutzten Vorsorgeaufwand, der für die Kodierfähigkeit des ICD-Codes D62 nicht ausreiche

– Kritik

- Bestehender Ressourcenverbrauch durch SV-Gutachten in der 1. Instanz hinreichend plausibilisiert, dargelegt und bestätigt
- Originär zuständiger 1.Senat des Hessischen LSG folgte der Auffassung der 1.Instanz
 - Änderung des Geschäftsverteilungsplanes
 - 8. Senat des Hessischen LSG trat der Auffassung der 1.Instanz entgegen

– Handlungsempfehlung

- Kodierfähigkeit des ICD-Codes D62 nur noch nach Gabe der gekreuzten Blutkonserven

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Vergütungsanspruch des KH bei nicht mehr notwendiger, aber sozial gebotener Krankenhaus-behandlung
 - Rechtsfrage
 - *„Müssen die Kosten für den Verbleib eines alkoholkranken Versicherten im Krankenhaus nach Wegfall der Krankenhausbehandlungs-bedürftigkeit bei erforderlicher aber ungeklärter Unterbringung in einer Betreuungseinrichtung bis zum Wechsel des Versicherten in die Betreuungseinrichtung von der Krankenkasse getragen werden?“*
 - Von unserer Kanzlei geführt
 - Instanzen
 - SG Halle (Saale), Urteil vom 22.04.2015, S 35 KR 220/12 (-)
 - BSG, Urteil vom 17.11.2015, B 1 KR 20/15 R (-) (Sprungrevision)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Gründe

- Fehlende medizinische Notwendigkeit vollstationärer KH-Behandlung
- Behandlung im KH diene nur noch der nahtlosen Unterbringung in anderer Einrichtung
- Regelung zum Versorgungsmanagement (§§ 11 Abs.4, 39 Abs.1a SGB V) erweitere den Anspruch des Versicherten lediglich um die in dem Management liegende Dienstleistung, nicht jedoch bei medizinisch nicht erforderlicher KH-Behandlung

– Kritik

- Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten vom KH vollumfänglich beachtet
- Frühzeitige Entlassung hätte nach der Erfahrung mit dem konkreten Patienten zu erneuter (intensivmedizinischer) Behandlung im KH geführt

– Handlungsempfehlung

- Frühzeitige Entlassplanung unter Einschaltung der KK
- Genaue Dokumentation der durchgeführten Bemühungen

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Mindestmenge Perinatalzentren Level 1
 - Rechtsfrage
 - *„Ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses für Perinatalzentren des Levels 1 eine jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus von 14 Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1250g vorzusehen, rechtmäßig?“*
 - Instanzen
 - LSG B-B, Urteil vom 16.01.2015, L 1 KR 258/12 R (-)
 - Erstinstanzliche Zuständigkeit gem. § 29 Abs.4 Nr.3 Alt.1 SGG
→ Klagen gegen RL des GBA
 - Mindestmenge rechtmäßig
 - BSG, Urteil vom 17.11.2015. B 1 KR 15/15 R (-)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Gründe

- Planbare Leistung, bei welcher die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt
- Festsetzung von 14 Fällen pro Jahr sei verhältnismäßig und nicht durch andere Qualitätssicherungsmaßnahmen substituierbar

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Vorstationär neben AOP?
 - Rechtsfrage
 - *„Schließt eine gemäß § 115b SGB V iVm. dem AOP-Vertrag nach den Regelungen des EBM vergütete ambulante Operation im KH den Anspruch auf Vergütung für eine sog. Aufklärungsuntersuchung bei vorstationärer Behandlung aus?“*
 - Instanzen
 - SG Hannover, Urteil vom 05.08.2011, S 39 KN 73/09 (+)
 - LSG N-B, Urteil vom 29.07.2014, L 4 KR 409/11 R (-)
 - BSG, Urteil vom 17.11.2015. B 1 KR 15/15 R (-)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Gründe

- Vorstationäre Pauschale neben AOP-Vergütung grds. möglich, sofern Erforderlichkeit der vorstationären Behandlung gegeben
- So bereits:
 - BSG, Urteil vom 17.09.2013, B 1 KR 21/12 R
 - BSG, Urteil vom 14.10.2014, B 1 KR 28/13 R

– Handlungsempfehlung

- Vorstationäre Pauschale auch bei sich anschließender ambulanter OP abrechnen, sofern Erforderlichkeit der vorstationären Behandlung gegeben ist

– Zur Erinnerung: Vorstationär neben vollstationär?

- BSG, Urteil vom 17.09.2013, B 1 KR 2/12 R
 - Vorstationäre Pauschale (-), wenn im Anschluss ein vollstationärer Behandlungsfall im Rahmen eines medizinischem Zusammenhangs erfolgt
 - Zeitfenster des § 115a SGB V nicht entscheidend

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

- Radiojodtherapie
 - Rechtsfrage
 - *„Ist Krankenhausbehandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer medizinisch indizierten Radiojodtherapie allein deshalb erforderlich, weil die Behandlung aufgrund der maßgeblichen Strahlenschutzbestimmungen nur unter stationären Bedingungen erbracht werden darf?“*
 - Instanzen
 - SG Dresden, Urteil vom 27.02.2015, S 47 KN 439/12 (+)
 - BSG, Urteil vom 17.11.2015. B 1 KR 18/15 R (+) (Sprungrevision)

Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015

– Gründe

- Medizinische Begründung für vollstationäre Krankenhausbehandlung begründe sich aus Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten mit Radiojodtherapie und dem Umstand, dass diese strahlenschutzrechtlich nur unter stationären Bedingungen erbracht werden dürfe

– Handlungsempfehlung

- Radiojodtherapie weiterhin vollstationär erbringen und abrechnen

Gliederung

- Begründungspflichten für stationäre Leistungen
 - Aktuelle Begründungspflichten
 - Ggf. zukünftige Begründungspflichten
- Sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung
 - Prüfverfahren
 - Aufwandspauschale
- Aktuelle BSG-Rechtsprechung 2015
 - Aktuelle Entscheidungen
 - Aktuell anhängige Rechtsfragen

Aktuell anhängige Rechtsfragen

- Ambulante Portimplantation
 - Rechtsfrage
 - *„Hat ein Krankenhaus, dass einer Versicherten stationär ein Zökumkarzinom entfernte, Anspruch auf Vergütung einer ambulanten Portimplantation für eine spätere Chemotherapie als ambulante Operation, die nach Krankenhausentlassung innerhalb der oberen Grenzverweildauer der abgerechneten Fallpauschale erfolgt?“*
 - Instanzen
 - SG Stuttgart, Urteil vom 20.10.2011, S 10 KR 7524/10 (-)
 - LSG B-W, Urteil vom 21.01.2015, L 5 KR 699/12 (+)
 - Nunmehr BSG, B 1 KR 23/15 R (?) (zuvor NZB B 1 KR 16/15 R)

Aktuell anhängige Rechtsfragen

- Weitere Rspr.
 - Ambulante Portimplantation vs. nachstationär
 - LSG R-P, Beschluss vom 20.03.2013, L 5 KR 32/13 NZB (+)
 - Ambulante Portimplantation vs. vorstationär
 - LSG R-P, Urteil vom 30.04.2014, L 5 KR 181/13 (+)
- Unsere Rechtsauffassung
 - Ambulante Portimplantation (+), da „ambulant vor stationär“
 - Risiko: „Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten“
- Handlungsempfehlung
 - KK verweigern Zahlung ambulanter Portimplantationen
 - BSG-Entscheidung abwarten
 - Fälle intern zurückstellen

Aktuell anhängige Rechtsfragen

- Ruhender Leistungsanspruch des Versicherten – Durchgriff auf Vergütungsanspruch des KH?
 - Rechtsfrage
 - *„Besteht ein Vergütungsanspruch eines Krankenhauses für eine stationäre Behandlung, wenn der Leistungsanspruch des Versicherten nach § 16 Abs.3a SGB V während dieser Zeit geruht hat und die Behandlung nicht wegen einer akuten Erkrankung oder wegen Schmerzzuständen erfolgte?“*
 - Instanzen
 - SG Dortmund, Urteil vom 11.08.2014, S 49 KR 697/12 (-)
 - LSG NRW, Urteil vom 28.05.2015, L 5 KR 594/14 (-)
 - BSG, B 1 KR 24/15 R (?) → Revision zurückgenommen

Exkurs: Aktuelle Gesetzesvorhaben

- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)
 - U.a.
 - § 137c Abs.3 SGB V (Abrechnung innovativer Behandlungsmethoden)
 - Inkrafttreten: 2015/2016

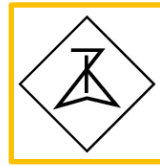
- Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)
 - U.a.
 - §§ 136 ff. SGB V (GBA, Qualitätssicherung)
 - § 275 Abs.1c S.4 SGB V (Sachlich-rechnerische Prüfung)
 - §§ 275a SGB V (Qualitätskontrollen durch den MDK auf Grundlage einer GBA-RL → keine Strukturmerkmalsprüfungen)
 - § 17c KHG (Wegfall Schlichtungsausschüsse auf Landesebene)
 - Voraussichtliches Inkrafttreten: 2016

Vorankündigung

- **3. Bochumer Symposium zum Krankenhausrecht**
- **„Das GKV-Versorgungsstärkungs- und Krankenhausstruktur-gesetz in der Praxis“**
- **Donnerstag, 18.02.2016, 09.30-16.15 Uhr**
- **Rewirpower-Lounge im Stadion des VFL Bochum
nebst anschließender Stadionführung**
- **Referenten, u.a.:**
 - **Prof. Dr. jur. Ernst Hauck**
(Richter des 1. Senats am Bundessozialgericht)



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!



ZIMMER ♦ BREGENHORN-WENDLAND

Rechtsanwaltssozietät

Bochum

Johannes Zimmer *
Ralf Bregenhorn-Wendland *
Kathrin Peter
Cornelia Kruse
Karin Wendland **
Dr. Lydia Gudera ***
Silke Rumpel *
André Bohmeier
Melanie Tewes **
Kim Roger Feiertag ****
Dr. Jens-Hendrik Hörmann, LL.M.
Ulrike Schenkel **
Jennifer Rzepisko

Düsseldorf

Nicole Wagner **
Sandra Timmann **
Dr. Andreas Penner
Tanja Koopmann-Röckendorf */***
Prof. Ulf Pallme König
Ruth Hesse, LL.M.

Magdeburg

Jutta Pasura *
Thomas Wernitz **
Sven Kohlrusch **
Claudia Geppert **
Frank Wölfer **
Andreas Bortfeld



* Fachanwalt für Sozialrecht ** Fachanwalt für Medizinrecht *** Fachanwalt für Arbeitsrecht **** Fachanwalt für Versicherungsrecht

www.med-juris.de