

Bürger Initiative Gesundheit e.V.
Residenz am Deutschen Theater, Reinhardtstr. 29, 10117 Berlin

Anhang zur PM 05/2015 zur Ignoranz des Bundessozialgerichts gegenüber der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland

2) 10.40 Uhr - B 1 KR 3/15 R - Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg gGmbH ./.
AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

Das zugelassene Krankenhaus der Klägerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse Versicherte vollstationär vom 5. bis 7.12.2008 wegen eines duktales Karzinoms der rechten Brust mittels brusterhaltender Operation und Nachresektion. Die histologische Untersuchung des entnommenen Gewebes bestätigte das Vorliegen eines weiteren Karzinoms (9.12.2008). Die Klägerin nahm die Versicherte am 19.12.2008 zu einer sekundären Mastektomie wieder auf, operierte sie noch am Aufnahmetag und entließ sie am 24.12.2008. Die Klägerin berechnete für die erste Behandlung 2019,19 Euro, für die zweite Behandlung 4020,56 Euro. Die Beklagte ließ den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Abrechnungen wegen der Auffälligkeit "Fallsplitting" prüfen (7.1.2009). Der MDK hielt die Behandlung der Versicherten am 7.12.2008 noch nicht für beendet und bejahte ein unerlaubtes Fallsplitting. Die Beklagte lehnte deshalb eine über 3980,69 Euro hinausgehende Zahlung für beide Krankenhausaufenthalte ab. Das SG hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt, 2059,06 Euro nebst Zinsen zu zahlen. Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Nach den bestehenden Abrechnungsbestimmungen sei die Klägerin nicht verpflichtet gewesen, lediglich einen Fall abzurechnen. Dies gelte selbst dann, wenn die Behandlung der Versicherten bei der ersten Entlassung am 7.12.2008 noch nicht abgeschlossen gewesen sein sollte.

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 8 Abs 2 S 1 KHEntgG, § 17b Abs 1 KHG und der Abrechnungsbestimmung § 2 Abs 1 FPV 2008. Pro Behandlungsfall sei nur eine Fallpauschale abzurechnen.

SG Hamburg - S 35 1194/09 -
LSG Hamburg - L 1 KR 21/11 -

2) Die Revision der beklagten Krankenkasse ist iS der Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht erfolgreich gewesen. Die klagende Krankenhausträgerin hat - korrespondierend mit dem Behandlungsanspruch der Versicherten - einen Vergütungsanspruch gegen die Klägerin nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsbereiche des SGB V. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten unwirtschaftlich, hat es lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiel. Kam bei gleicher Eignung neben zwei getrennten Krankenhausaufenthalten auch die Behandlung innerhalb eines einzigen, und sei es auch länger dauernden Behandlungszeitraums in Betracht, musste die Klägerin die kostengünstigere Behandlung wählen, ggf also die Gesamtbehandlung innerhalb eines einzigen, nach DRG J23Z zu vergütenden Behandlungszeitraums. Ob dies der Fall war und ggf welche Vergütung für eine fiktive wirtschaftliche Behandlung zu zahlen wäre, kann der Senat mangels ausreichender Feststellungen des LSG nicht beurteilen.

SG Hamburg - S 35 1194/09 -
LSG Hamburg - L 1 KR 21/11 -
Bundessozialgericht - B 1 KR 3/15 R - Urteil vom 10.03.2015

6) 13.45 Uhr - B 1 KR 2/15 R - Saarland Heilstätten GmbH ./.
 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Das zugelassene Krankenhaus der Klägerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse versicherte E.K. vollstationär vom 12.11. bis 3.12.2008. Sie berechnete hierfür 25 375,96 Euro (15.12.2008; Fallpauschale - DRG F03Z - Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren; Zusatzentgelt - ZE 84.02 - Apherese-Thrombozytenkonzentrate). Die Beklagte beglich die Rechnung unter Vorbehalt. Sie ließ den Sozialmedizinischen Dienst die Abrechnung wegen nicht zweifelsfreier Beurteilung der angegebenen Prozeduren prüfen (6.1.2009). Er hielt die Gabe von gepoolten Thrombozytenkonzentraten statt von Apheresekonzentraten für ausreichend; daher sei die DRG F11A (Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler und mit Reoperation, invasiver Diagnostik oder intraoperativer Ablation) abzurechnen gewesen. Die Beklagte "verrechnete" deshalb 5457,10 Euro mit einer anderen Forderung der Klägerin. Die Klage auf Zahlung des Betrags nebst Zinsen ist ohne Erfolg geblieben. Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Die Gabe von Apheresekonzentraten sei medizinisch nicht indiziert gewesen. Die Klägerin trage das Risiko fehlender Verfügbarkeit gepoolter Thrombozytenkonzentrate.

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 7 S 1 Nr 1, 6, § 8 Abs 2 S 1, 3 Nr 1 iVm § 9 Abs 1 S 1 Nr 1, 2 KHEntgG, iVm Anlage 1, 2 und 5 zur Fallpauschalenvereinbarung 2008, und iVm § 301 Abs 1 S 1 Nr 6, Abs 2 S 2 SGB V iVm dem Operationen- und Prozedurenschlüssel 2008. Ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot liege nicht vor. Es habe keine Alternative zu Poolprodukten gegeben.

SG für das Saarland - S 23 KR 100/09 -
 LSG für das Saarland - L 2 KR 39/09 -

6) Der Senat hat die Revision der klagenden Krankenhausträgerin zurückgewiesen. Der Klägerin steht für die Behandlung der Versicherten statt der abgerechneten DRG F03Z nebst Zusatzentgelt ZE84.02 nur ein Anspruch nach der niedriger vergüteten DRG F11A zu. Die Klägerin behandelte die Versicherte unwirtschaftlich mit Apherese-Thrombozytenkonzentraten. Der Einsatz von Poolpräparaten wäre gleich zweckmäßig, notwendig und ausreichend gewesen. Die hiergegen gerichtete Aufklärungsrüge der Klägerin ist unzulässig. Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung beurteilt sich bei mehreren gleich geeigneten, ausreichenden und notwendigen Behandlungen nach ihren Kosten für die Krankenkasse, nicht aber nach betriebswirtschaftlichen Überlegungen des Leistungserbringers. Die Klägerin kann dementsprechend die Notwendigkeit der Behandlung mit Apheresekonzentraten nicht mit Mängeln der vereinbarten Versorgung durch den lokalen Blutspendedienst begründen. Sie trägt das Risiko der kostengünstigen Verschaffung von Poolpräparaten.

SG für das Saarland - S 23 KR 100/09 -
 LSG für das Saarland - L 2 KR 39/09 -
 Bundessozialgericht - B 1 KR 2/15 R - Urteil vom 10.03.2015

7) 14.00 Uhr - B 1 KR 62/12 R - BKK vor Ort ./.. Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH

Das zugelassene Krankenhaus der Beklagten behandelte die bei der klagenden Krankenkasse versicherte C.S. vollstationär zunächst vom 5. bis 15.11.2004 wegen eines akuten Herzinfarkts. Die Versicherte willigte hierbei in eine später geplante Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie ein (8.11.2004). Das Krankenhaus nahm die Versicherte hierzu erneut vollstationär vom 22. bis 24.11.2004 auf. Die Beklagte berechnete für die erste Behandlung 2674,16 Euro (2.12.2004; Fallpauschale - DRG F60B - Kreislaufkrankung mit akutem Myokardinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC) und für die zweite Behandlung 2465,62 Euro (2.12.2004; DRG F41B - Kreislaufkrankung mit akutem Myokardinfarkt, mit invasiver kardiologischer Diagnostik ohne äußerst schwere CC; Abschlag wegen Unterschreitung der Grenzverweildauer). Die Klägerin beglich die Forderungen unter Vorbehalt. Sie ließ den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Abrechnungen wegen der Auffälligkeit "Fallsplitting" prüfen (14.12.2004). Er hielt lediglich die DRG F41B für berechtigt. Die Beklagte habe die Versicherte vorzeitig allein aus wirtschaftlichen Gründen entlassen, um die eigentlich bereits indizierte Diagnostik in einem zweiten Aufenthalt durchzuführen. Die Beklagte lehnte eine Rückzahlung ab. Das SG hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt, 1734,74 Euro nebst Zinsen zu zahlen. Das LSG hat die Klage dagegen abgewiesen: Die Beklagte sei entsprechend einem Urteil des BSG aus dem Jahr 2003 nicht zu wirtschaftlicher Krankenhausbehandlung verpflichtet.

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung der Abrechnungsbestimmungen (§ 2 Fallpauschalenverordnung 2004) und des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs 1 SGB V).

SG Duisburg - S 9 KR 131/06 -
LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 (5) KR 168/08 -

7) Die Revision der klagenden Krankenkasse ist iS der Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht erfolgreich gewesen. Die beklagte Krankenhausträgerin hat - korrespondierend mit dem Behandlungsanspruch der Versicherten - **einen Vergütungsanspruch gegen die Klägerin nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungsbereiche des SGB V.** Der Gesetzgeber hat Krankenhäuser mit der Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems nicht von der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots befreit. **Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten unwirtschaftlich,** hat es lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiel. Kam bei gleicher Eignung neben zwei getrennten Krankenhausaufenthalten auch die Durchführung der notwendigen Diagnostik mittels Linksherzkatheter und Koronarangiographie innerhalb eines einzigen, und sei es auch länger dauernden Behandlungszeitraums in Betracht, musste die Beklagte die kostengünstigere Behandlung wählen. Ob dies der Fall war und ggf welche Vergütung für eine fiktive wirtschaftliche Behandlung zu zahlen wäre, kann der Senat mangels ausreichender Feststellungen des LSG nicht beurteilen.

SG Duisburg - S 9 KR 131/06 -
LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 (5) KR 168/08 -
Bundessozialgericht - B 1 KR 62/12 R -

Urteil vom 01.07.2014

Zusammengestellt vom Bundesvorstand der Bürger Initiative Gesundheit e. V. im Sinne des Pressegesetzes