



Klinikrundbrief

Inhaltsverzeichnis

Rechtsprechung

1. Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 26.11.2018:
BSG-Rechtsprechung zur sog. sachlich-rechnerischen Abrechnungsprüfung
2. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteile vom 22.01.2019:
Zur Kodierung einer Sepsis
3. Bundesgerichtshof, Urteil vom 20.02.2019:
Umsatzsteuer auf Zytostatika – Erstattungsansprüche der privaten Krankenversicherer
4. Bundessozialgericht, Urteil vom 04.06.2019:
Zur Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten

Rechtsprechung

1. BSG-Rechtsprechung zur sog. sachlich-rechnerischen Abrechnungsprüfung

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 26.11.2018 die Verfassungsbeschwerden mehrerer Krankenhausträger gegen verschiedene Entscheidungen des Bundessozialgerichts nicht zur Entscheidung angenommen, in denen es um die sog. sachlich-rechnerische Fallprüfung ging (Az. 1 BvR 318/17, 1 BvR 1474/17, 1 BvR 2207/17).

Im Ergebnis billigt das Bundesverfassungsgericht die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, weil die Grenzen der zulässigen und verfassungsgemäßen richterlichen Rechtsfortbildung noch nicht überschritten seien.

Das Bundesverfassungsgericht nimmt allerdings zur Kenntnis, dass der Wortlaut „ordnungsgemäße Abrechnung“ in § 275 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB V gegen das Normverständnis des Bundessozialgerichts spricht. Es weist sodann darauf hin, dass das Bundessozialgericht den Begriff der sachlich-rechnerischen Prüfung dem Vertragsarztrecht entnommen hat. Damit ergebe sich ein gesetzlicher Anknüpfungspunkt für das Rechtsverständnis des Bundessozialgerichts, auch wenn sich dieser in einem anderen Kontext finde. Hierzu ist kritisch anzumerken, dass im vertragsarztrechtlichen Bereich insoweit mit § 106d SGB V eine Norm existiert, während die vom BSG erdachte Prüfmethode für die stationäre Abrechnung gerade keine klare gesetzliche Stütze findet.

Das Bundesverfassungsgericht führt weiter aus, dass die angegriffene Rechtsprechung jedoch gewichtige Gründe für sich habe. So ließen bereits die typischerweise anfallenden Kosten für stationäre Krankenhausaufenthalte und deren regelmäßige Steigerung es verständlich erscheinen, dass eine eingeschränkte Prüftätigkeit der Krankenkassen problematisch sei. Zudem ergebe sich das legitime Interesse der Krankenkassen, die sachlich-rechnerische Richtigkeit von Abrechnungen prüfen zu können, aus den Besonderheiten des DRG-Abrechnungssystems, bei welchem es sich gerade um ein lernendes System handle. Denn wo Fehler aufträten und Reformbedarf bestehe, sei für die Krankenkassen erst nach Prüfung der Abrechnungen ohne Einschränkungen erkennbar. Auch wenn nicht alle Prüffälle zu einer Reduzierung des Abrechnungsbetrages führten, verdeutliche der Anteil von 40% fehlerhafter Abrechnungen diesen Prüfbedarf der Krankenkassen.

Demzufolge setze sich die Interpretation des Bundessozialgerichts in den angegriffenen Entscheidungen nicht über den klar erkennbaren Willen des Gesetzgebers hinweg und respektiere die gesetzgeberische Grundentscheidung. Diese liege in § 275 Abs. 1 SGB V, wonach Krankenkassen die Möglichkeit haben sollen, Abrechnungen von Leistungsträgern zu überprüfen. Durch die Formulierung „insbesondere“ sei zudem im Wesentlichen die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfasst, wobei von der Aufnahme einer ausdrücklichen sachlich-rechnerischen Prüfung seitens des Gesetzgebers abgesehen wurde. Das Bundesverfassungsgericht erkennt zwar, dass aufgrund der Komplexität der Kodierregeln fehlerhafte Kodierungen nicht auszuschließen seien. Der Entstehungsgeschichte des Systemwechsels auf Fallpauschalen sei aber nicht zu entnehmen, ob der Gesetzgeber Fehlko-

dierungen als weitere Fallgruppe des § 275 Abs. 1c SGB V verstanden habe oder sich des Unterschieds zwischen einer sachlich-rechnerischen Prüfung und einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht hinreichend bewusst gewesen sei.

Etwas anderes ergibt sich dem Bundesverfassungsgericht zufolge auch nicht aus der Rechtsänderung zum 01.01.2016, obwohl durch die Einführung des § 275 Abs.1c S.4 SGB V unverkennbar die angegriffene Rechtsprechung des Bundessozialgerichts korrigiert werden sollte. Denn der Gesetzgeber habe hier eine „Neuregelung“ vorgenommen (vgl. BT-Drs. 18/6586, S. 110 – unbeachtet lässt das BVerfG, dass noch im Referentenentwurf von einer „Klarstellung“ die Rede war, ohne dass die Umformulierung im Verlauf begründet wurde), so dass es kein Indiz für einen schon vor der Änderung bestehenden anderslautenden Willen des Gesetzgebers gebe. Vielmehr sei der Formulierung zu entnehmen, dass der Gesetzgeber auf die Rechtsentwicklung nunmehr reagiere und die vorherige ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts grundsätzlich akzeptiere. Daraus lasse sich das Bild eines verfassungsrechtlich akzeptablen Wechselspiels von Rechtsprechung und Rechtsetzung erkennen. Auch sei es nicht zu beanstanden, dass das BSG der Neuregelung keine Rückwirkung auf den Zeitraum vor dem 01.01.2016 zubillige.

Des Weiteren führt das Bundesverfassungsgericht aus, dass die Grenzen der richterlichen Rechtsfortbildung enger zu ziehen seien, wenn sie sich nachteilig auf ein verfassungsrechtlich besonders geschütztes Rechtsgut auswirke. Es sieht daher für die angegriffene Rechtsprechung einen weiten Spielraum, da lediglich Zahlungsansprüche betroffen seien und es insoweit um die Reichweite eines Steuerungsinstruments gehe.

Schließlich werde auch keine verfassungsrechtlich bedenkliche Asymmetrie verursacht durch die unterschiedlich langen Fristen zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von vier Jahren für die Krankenkassen und bis zum Ablauf des nächsten Kalenderjahres für die Krankenhausträger. Denn den Krankenhäusern lägen die erforderlichen Informationen von Anfang an vollständig vor, während die Krankenkassen auf die entsprechende Übermittlung angewiesen seien.

Zusammenfassend führt das Bundesverfassungsgericht somit aus, dass die Interpretation des Bundessozialgerichts zwar nicht naheliegend gewesen sei, sich daraus jedoch (noch) keine Verfassungswidrigkeit ergebe. Für Fälle mit Aufnahme bis zum 31.12.2015 steht den Krankenhäusern demnach bei einer rein sachlich-rechnerischen Prüfung keine Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V zu, wobei umstritten ist, ob es insoweit wirklich auf das Aufnahmedatum

oder aber die Einleitung der MDK-Prüfung ankommt. Ungeklärt bleibt ebenfalls weiterhin die Frage, ob auch die Rückforderung von Aufwandspauschalen, die vor der Veröffentlichung der rechtsfortbildenden Urteile des BSG ab dem 01.07.2014 entstanden sind, rechtlich zulässig ist.

2. Zur Kodierung einer Sepsis

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hat am 22.01.2019 zwei Prozesse entschieden, in denen es um die Frage ging, unter welchen Umständen Krankenhäuser eine Sepsis kodieren dürfen (L 11 KR 1049/18 und L 11 KR 3754/18).

In dem einen Streitfall ging es um eine Patientin, die mit Schmerzen in beiden Kniekehlen, im Lendenwirbelsäulenbereich und unterhalb der rechten Brust im Krankenhaus aufgenommen worden war. In zwei Blutkulturen fand sich der Erreger *Streptococcus pneumoniae* und die Patientin hatte Fieber. Des Weiteren wurden eine Tachykardie und eine Leukozytose festgestellt.

Bei der Patientin, um deren Behandlung es in dem zweiten Prozess ging, lagen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eine Tachypnoe und Hyperventilation sowie eine Leukozytose oder Leukopenie vor. Es wurde eine Blutkultur angelegt, die den Nachweis von *Enterobacter cloacae* und *Enterococcus faecalis* erbrachte.

Die Krankenhäuser stellten in den Abrechnungen an die Krankenkassen einmal die Hauptdiagnose A40.3 (Sepsis durch *Streptococcus pneumoniae*) sowie eine Sekundär- und eine Nebendiagnose und im anderen Fall die Hauptdiagnose A40.0 (Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A). Die Krankenkassen beglichen die Rechnungen zunächst, beauftragten dann aber den Medizinischen Dienst mit der Prüfung. Sie beriefen sich schließlich in beiden Fällen darauf, dass eine Sepsis nicht hätte kodiert werden dürfen, weil ein lebensbedrohliches Krankheitsbild nicht vorgelegen habe. Im zweiten Fall brachte sie zusätzlich vor, dass zwingend eine zweite Blutkultur hätte angelegt werden müssen, um die Kodierung einer Sepsis zu ermöglichen.

Die Krankenkassen korrigierten ihrer Auffassung entsprechend die Rechnungen der Krankenhäuser und brachten die ermittelten Überzahlungen bei den nächsten Überweisungen an die Krankenhäuser in Abzug. Die Krankenhausträger klagten die verrechneten Beträge ein.

Das Landessozialgericht hat in beiden Fällen die Krankenkassen antragsgemäß verurteilt.

Hinsichtlich der Definition einer Sepsis bezog sich das Gericht auf die FAQ Nr. 1007 des DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information), die Hinweise zur Definition eines SIRS (systemisches inflammatorisches Response-Syndrom) entsprechend den Vorgaben der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) und der DSG (Deutsche Sepsis-Gesellschaft) enthält. Demnach waren in beiden Fällen die Voraussetzungen für die Diagnostizierung einer Sepsis gegeben. In den Blutkulturen waren Bakterien gefunden worden und von den angeführten vier klinischen Kriterien waren mindestens zwei erfüllt, nämlich das Fieber, die Tachykardie und die Leukozytose beziehungsweise die Tachypnoe und Hyperventilation sowie die Leukozytose oder Leukopenie.

Das Landessozialgericht wies auch darauf hin, dass tatsächlich nach der neuen Sepsis-3-Definition der 3. Konsensus-Konferenz eine Sepsis als „lebensbedrohliche Organdysfunktion, die durch eine fehlregulierte Wirtsantwort auf eine Infektion hervorgerufen wird“ anzusehen ist. Da aber in Deutschland weder in den Leitlinien noch in der ICD-10-Klassifikation oder den Deutschen Kodierrichtlinien Änderungen vorgenommen worden seien, die dieser neuen Definition korrespondierten, könne die Kodierung einer Sepsis nicht deshalb abgelehnt werden, weil die Erkrankung nicht lebensbedrohlich gewesen sei.

Zu dem Einwand, dass lediglich eine Blutkultur angelegt worden sei, verwies das Landessozialgericht zunächst darauf, dass eine Verpflichtung, zwei Kulturen anzuzüchten, den Vorgaben der DIVI, der DSG und des DIMDI nicht zu entnehmen sei. Darüber hinaus sei eine zweite Blutkultur entbehrlich gewesen, weil bereits in der ersten Kultur Erreger gefunden worden seien.

Derzeit kann also – noch? – nach der bisher geläufigen Definition der Sepsis kodiert werden. Zu beachten ist allerdings, ob die einschlägigen deutschen Regelungen eines Tages der Sepsis-3-Definition angepasst werden.

3. Umsatzsteuer auf Zytostatika – Erstattungsansprüche der privaten Krankenversicherer

Der Bundesgerichtshof hat soeben entschieden, dass ein privater Krankenversicherer von einem Krankenhausträger, der zubereitete Zytostatika verkauft und hierzu auch die gesetzliche Umsatzsteuer berechnet hat, einen Teil der geleisteten Überzahlungen zurückverlangen kann (Urteil vom 20.02.2019, VIII ZR 7/18).

Es ging um die Chemotherapie eines Patienten, der bei dem klagenden privaten Krankenversicherer versichert ist. Dieser hatte in den Jahren 2012 und 2013 Zy-

tostatika erhalten, die in der Krankenhausapotheke der Beklagten patientenindividuell hergestellt worden waren. Die Rechnungen, die die Beklagte dem Patienten stellte, beliefen sich auf einen Gesamtbetrag in Höhe von 47.734,06 €, einschließlich Umsatzsteuer. Die Klägerin erstattete ihrem Versicherungsnehmer diesen Gesamtbetrag. Die Beklagte führte die angefallenen Umsatzsteuerbeträge an das Finanzamt ab. Die diesbezüglichen Steuerbescheide waren noch nicht bestandskräftig.

Nachdem der Bundesfinanzhof am 24.09.2014 entschieden hatte, dass die Abgabe von Zytostatika umsatzsteuerfrei erfolge, stellte das Bundesfinanzministerium durch einen entsprechenden Erlass klar, dass dies für alle derartigen Fälle gelte.

Daraufhin verlangte die Klägerin von der beklagten Krankenhausträgerin die Rückzahlung der geleisteten Umsatzsteuer. Nachdem das Landgericht der Klage stattgegeben und das Oberlandesgericht sie abgewiesen hatte, begehrte die Beklagte in der dritten Instanz die Wiederherstellung des erstinstanzlichen Urteils.

Die Revision war erfolgreich.

Der Bundesgerichtshof führt zunächst aus, dass sowohl die Beklagte als auch der Patient zum damaligen Zeitpunkt davon ausgehen mussten, dass die Lieferung der Arzneimittel der Umsatzsteuer unterliege. Die Vertragsparteien hätten dementsprechend Bruttopreise vereinbart.

Diese Vereinbarungen seien aber nicht dahingehend zu verstehen, dass der Versicherungsnehmer der Klägerin verpflichtet sein sollte, den für die Umsatzsteuer berechneten Betrag auch dann zu bezahlen, wenn diese von der Beklagten nicht abgeführt zu werden brauchte. Da die Steuerbescheide noch nicht bestandskräftig waren, konnte die Beklagte sich die zu viel gezahlten Umsatzsteuern abzüglich der hiervon abgesetzten Vorsteuerbeträge vom Finanzamt erstatten lassen. Aus dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung stehe daher dem Patienten als Vertragspartner der Beklagten beziehungsweise der Klägerin aufgrund des Forderungsübergangs, der sich aus ihrer Zahlung an ihren Versicherungsnehmer ergeben hatte, ein entsprechender Erstattungsanspruch gegen die Beklagte zu.

4. Zur Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten

In seinem Urteil vom 4. Juni 2019 (B 12 R 11/18 R) hat das Bundessozialgericht entschieden, dass Ärzte, die als Honorarärzte in einem Krankenhaus tätig sind, in

dieser Tätigkeit regelmäßig nicht als Selbstständige anzusehen sind, sondern als Beschäftigte des Krankenhauses der Sozialversicherungspflicht unterliegen.

Eine Fachärztin für Anästhesie hatte mit dem Krankenhausträger einen Vertrag über „konsiliarärztliche Leistungen“ geschlossen. Tatsächlich wurde sie als Vertreterin eines angestellten Arztes eingesetzt und war hauptsächlich im OP-Bereich sowie wiederholt im Tag- und Bereitschaftsdienst tätig. Sie nutzte die Betriebsmittel des Krankenhauses für ihre Arbeit und war in den Operationsbetrieb eingegliedert. Ihren Einsatz musste die Ärztin zumindest mit dem Chefarzt abstimmen, sie war im Dienstplan eingetragen, aus dem nicht einmal hervorging, dass es sich bei ihr um eine externe Mitarbeiterin handelte. Die Patienten, die sie behandelte, waren Patienten des Klinikums, nicht ihre eigenen. Die Fachärztin musste sich an die organisatorischen Regelungen der Klinik halten und war dazu verpflichtet, bei der Untersuchung oder Behandlung erhobene Befunde und Protokolle, die Aufklärungsdokumentation, Röntgenaufnahmen sowie ähnliche Unterlagen dem leitenden Abteilungsarzt zur Verfügung zu stellen. Ihr Arbeitsumfang entsprach vollständig dem eines festangestellten Anästhesisten am Krankenhaus.

Entscheidend für die Einordnung als abhängige Beschäftigung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn ist nach Auffassung des Gerichts, ob die Betroffenen weisungsgebunden und in eine Arbeitsorganisation eingegliedert sind. Bei Honorarärzten an einem Krankenhaus sei dies regelmäßig gegeben, was schon darauf zurückzuführen sei, dass die Betroffenen keinen eigenen, unternehmerischen Einfluss auf die Organisation ihrer Tätigkeit hätten. Anästhesisten wie die Ärztin aus dem Streitfall würden bei einer Operation regelmäßig als Teil eines Teams tätig, das arbeitsteilig unter der Leitung eines Verantwortlichen zusammenarbeiten müsse. Sei die Tätigkeit als Stationsarzt Gegenstand der Honorarvereinbarung, so setze auch diese regelmäßig voraus, dass sich die Betroffenen in die vorgegebenen Abläufe und Strukturen des Krankenhauses einfügten. Weiteres Argument für das Vorliegen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sei, dass Honorarärzte ganz überwiegend sachliche und personelle Ressourcen der klinischen Einrichtung bei ihrer Tätigkeit nutzen. Unternehmerische Entscheidungsspielräume seien regelmäßig nicht gegeben. Eher weniger ins Gewicht falle demgegenüber die Höhe des vereinbarten Honorars, die allenfalls ein Indiz unter vielen darstellte. Ebenso wenig könne mit einem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen argumentiert werden, da derartige Umstände keinen Einfluss auf die rechtliche Beurteilung des Vorliegens einer Versicherungspflicht haben könnten. Sozialrechtliche Regelungen als Negativaspekt einer Beschäftigung könnten nicht allein mit dem Ziel ausgehebelt werden, eine höhere Entlohnung zu ermöglichen

und so die Attraktivität des Berufs zu steigern bzw. Versorgungsengpässe zu decken.

Das Bundessozialgericht hat auch hier die allgemeinen Kriterien unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zur Abgrenzung herangezogen. Was allerdings unberücksichtigt bleibt, ist die Freiheit des Honorararztes, überhaupt Aufträge anzunehmen bzw. den Umfang der Tätigkeit vorab jeweils klar definieren zu können, womit er sich eben vom Angestellten unterscheidet.

Mit erheblichen Nachforderungen von Sozialversicherungsträgern und möglicherweise auch staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren gegen die handelnden Personen muss nun gerechnet werden. Spätestens mit dieser Entscheidung ist also deutlich geworden, dass die frühere Praxis, insbesondere zur Abdeckung von Personalengpässen freiberufliche Honorarärzte heranzuziehen, nicht fortgeführt werden kann.



www.medizin-recht.com

Sämtliche Angaben und Inhalte auf unseren Web-Seiten dienen ausschließlich der allgemeinen juristischen Information durch den jeweiligen Nutzer und können nicht die aktuellsten rechtlichen Entwicklungen, insbesondere neueste Urteile, Gesetze und/oder Erlasse berücksichtigen. Wir übernehmen auch keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der von uns zur Verfügung gestellten Informationen. Diese stellen auch keinen Ersatz für eine Rechtsberatung oder ein rechtliches Gutachten dar, obgleich diese nach bestem Wissen und Gewissen erhoben wurden.