

Bundessozialgericht

Presseinformation

Kassel, den 15. Januar 2003

Presse-Vorbericht Nr. 4/03

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts wird am 23. Januar 2003 über sechs Revisionen aus dem Gebiet der **gesetzlichen Krankenversicherung** verhandeln und entscheiden:

1) 10.15 Uhr - B 3 KR 21/02 R - W.-Klinikum GmbH ./ BEK

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung der Krankenhausbehandlung von vier Versicherten der beklagten Krankenkasse im Jahre 1997. Es geht dabei um die Frage, ob das Krankenhaus an Stelle des allgemeinen Pflegesatzes ein Sonderentgelt für eine Leistung abrechnen darf, die nur einen Teil der durchgeführten operativen Maßnahmen darstellt und eine nach dem Operationenschlüssel (OPS-301) eigenständig erfasste zusätzliche Leistung unberücksichtigt lässt. Die Klägerin führte jeweils Ballondilatationen an Herzkranzgefäßen mit Einlage eines Stents durch. Die Ballondilatation wird nach dem OPS-301 mit Ziffer 8-837.0, die Stentversorgung mit Ziffer 8-837.3 verschlüsselt. Während der Sonderentgeltkatalog zur Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) für die Ballondilatation ein Sonderentgelt vorsieht (20.02), ist das hinsichtlich der erst später zum medizinischen Standard gewordenen Stentversorgung nicht der Fall. Die Vertragspartner konnten sich über eine Bewertung dieser Maßnahme und eine Neubewertung der in der Regel damit verbundenen Ballondilatationen nicht einigen; die Kassen hielten die Ballondilatationen für überbewertet. Die Klägerin wies in ihren Abrechnungen neben der Stentversorgung (8-837.3) auch die Ballondilatation (8-837.0) als operative Leistung aus und berechnete für Letztere das Sonderentgelt 20.02. Die Beklagte bezahlte aber nur die zusätzlich berechneten Basis- und Abteilungspflegesätze. Sie vertritt die Auffassung, das Sonderentgelt 20.02 dürfe nicht abgerechnet werden, weil die Leistung nach dem OPS-301 allein mit der Ziffer 8-837.3 zu codieren sei, für die weder ein Sonderentgelt noch eine Fallpauschale festgesetzt sei.

Das SG hat die auf Zahlung der Restforderung von ca 25.000 DM gerichtete Klage abgewiesen; das LSG hat die Auffassung vertreten, dass die erbrachten Leistungen mit 8-837.0 und 8-837.3 kombiniert codiert und die Ballondilatationen als abgrenzbare Teilleistung mit dem Sonderentgelt abgerechnet werden dürften.

Mit der Revision rügt die Beklagte die unzutreffende Anwendung des Operationsschlüssels und der BPfIV. Selbst wenn die weiter gehende Leistung einer Ballondilatation mit Stentversorgung geringer vergütet werde als die reine Ballondilatation, sei dies wegen mangelnder vertraglicher Einigung als systemimmanente Ungereimtheit hinzunehmen.

SG Speyer - S 3 KR 98/99 -
LSG Rheinland-Pfalz - L 5 KR 88/01 -

2) 10.15 Uhr - B 3 KR 18/02 R - W.-Klinikum ./ BEK

SG Speyer - S 3 KR 92/99 -
LSG Rheinland-Pfalz - L 5 KR 4/01 -

3) 10.15 Uhr - B 3 KR 19/02 R - W.-Klinikum ./ BEK

SG Speyer - S 3 KR 93/99 -
LSG Rheinland-Pfalz - L 5 KR 5/01 -

4) 10.15 Uhr - B 3 KR 22/02 R - W.-Klinikum ./ BEK

SG Speyer - S 3 KR 99/99 -
LSG Rheinland-Pfalz - L 5 KR 89/01 -

5) 10.15 Uhr - B 3 KR 16/02 R - W.-Klinikum ./ DAK

SG Speyer - S 3 KR 94/99 -
LSG Rheinland-Pfalz - L 5 KR 6/01 -

In allen diesen Fällen, die auf dieselbe Terminsstunde geladen worden sind, geht es im Kern um dieselbe Frage wie im Fall 1). Im Fall 2) wird außerdem von der Beklagten eingewandt, bei einer der abgerechneten Ballondilatationen sei es beim Versuch geblieben, sodass auch aus diesem Grunde keine Vergütung gezahlt werden könne. Insgesamt belaufen sich die Klageforderungen auf ca 130.000 €

6) 11.30 Uhr - B 3 KR 7/02 R - M. ./ AOK Bayern

Streitig ist ein Anspruch des Klägers auf Versorgung mit einem Hörgerät zum Festpreis ohne Zuzahlung, das ein Hamburger Unternehmen den HNO-Ärzten zur direkten Anpassung am Versicherten auf dem Versandwege zur Verfügung stellt. Dafür erhält der Arzt von dem Unternehmen eine gesonderte Vergütung. Das Unternehmen ist von den Krankenkassen in Hamburg zur Versorgung der Versicherten zugelassen. Bis August 1997 übernahm auch die beklagte Krankenkasse für ihre bayerischen Versicherten die Kosten der im Versandwege abgegebenen Hörgeräte. Später verweigerte sie dies im Hinblick auf ein fehlendes Vertragsverhältnis zu dem Unternehmen und ließ die HNO-Ärzte darüber durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns unterrichten.

Den im Januar 1998 gestellten Antrag des Klägers auf Übernahme der Kosten des von Dr. H. verordneten und angepassten Hörgeräts des Hamburger Unternehmens in Höhe von 1.144,80 DM lehnte die Beklagte deshalb ab und verwies den Kläger auf die örtlich zugelassenen Hörgeräteakustiker, mit denen sie Preise vereinbart habe.

Die auf Übernahme der Kosten für das Hörgerät gerichtete Klage blieb vor dem SG ohne Erfolg. Das SG hat die Auffassung vertreten, die Zulassung des Unternehmens in Hamburg berechtige nicht zur Versorgung der Versicherten in anderen Bundesländern. Die dagegen eingelegte Berufung wies das LSG mit der Begründung zurück, in Frage komme nur ein Kostenerstattungsanspruch, nachdem sich der Kläger das Hörgerät bereits selbst verschafft habe. Er habe aber keine Kosten getragen und sei auch keiner Kostenforderung ausgesetzt, weil er nach den getroffenen Vereinbarungen im Unterliegensfall ohne weitere Kosten das Gerät zurückgeben könne; deshalb bestehe auch kein Freistellungsanspruch.

Dagegen richtet sich die vom Senat zugelassene Revision des Klägers. Er macht geltend, das ihm eingeräumte Rücktrittsrecht ändere nichts daran, dass ein Zahlungsanspruch zunächst entstanden, wenn auch gestundet sei. Davon sei er freizustellen. Die Beklagte habe die Leistung zu Unrecht abgelehnt. Als Versicherter habe er die Wahlfreiheit, welchen der zugelassenen Leistungserbringer er in Anspruch nehme. Die in Hamburg erfolgte Zulassung des Unternehmens müsse auch die Beklagte gegen sich gelten lassen. Diese Art der Versorgung sei wettbewerbsrechtlich zulässig und

die einzige Möglichkeit gewesen, das für ihn erforderliche Hörgerät ohne Zuzahlung zu erhalten.

Inzwischen hat der Kläger die Krankenkasse gewechselt.

SG Landshut - S 10 KR 107/98 -
Bayerisches LSG - L 4 KR 95/00 -