

Dr. Ulrike Brucklacher, Christoph Renz

Probleme bei sektorenübergreifender Entlassung

Regressmöglichkeiten für Kliniken?

In der Praxis zeigen sich immer wieder Probleme bei der sektorenübergreifenden Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus. Mit der am häufigsten vorkommenden Fallgestaltung, der nicht (rechtzeitig) zur Verfügung stehenden Anschlussheilbehandlung in einer Reha-Einrichtung, hatte sich nun das BSG in seinem Urteil vom 19. November 2019¹⁾ befasst. Hieraus ergeben sich interessante Schlussfolgerungen für Krankenhäuser, die im Rahmen des Entlassmanagements beachtet werden sollten.

Sehr häufig sind Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements mit Fällen konfrontiert, bei denen der Patient einer Anschlussheilbehandlung (Reha-Maßnahme, stationäre Pflege) bedarf, eine solche jedoch aus Kapazitätsgründen durch den zuständigen Leistungsträger (Krankenkasse, Pflegekasse) nicht bereitgestellt werden kann. Es kommt aber auch vor, dass während des stationären Krankenhausaufenthalts der laufende Pflegeheimvertrag durch den Pflegeheimträger gekündigt wird, und der Patient nach Abschluss der Krankenhausbehandlung einen neuen Heimplatz benötigt. Unabhängig von der Fragestellung, ob eine solche Kündigung berechtigt ist, stellt sich auch hier das Problem, dass der Patient nicht ohne Weiteres aus dem Krankenhaus entlassen werden kann. Auch werden Entlassungen zum Teil durch die persönlichen Entscheidungen der Patienten oder Angehörigen erschwert, die die angebotenen Anschluss-Versorgungsmöglichkeiten nicht akzeptieren, weil zum Beispiel die Pflegeeinrichtung nicht ihren Erwartungen entspricht oder zu weit entfernt liegt.

1. Einleitung - Haftungsrechtliche Problemstellung

Bis zu dieser Entscheidung des BSG standen die behandelnden Ärzte, wenn die Entlassung scheitert und die Anschlussbehandlung oder Aufnahme in ein Pflegeheim, nicht stattfinden konnte, vor einem erheblichen Entscheidungskonflikt: Entweder entlassen sie den Patienten trotz fortbestehender stationärer Behandlungsbedürftigkeit, da keine akut-stationäre Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht, jedoch wohlwissend, dass die fehlende Anschlussversorgung zu erheblichen medizinischen Problemstellungen führen kann. Dies hätte zur Folge, dass dann das Damoklesschwert der zivil- und ggf. auch strafrechtlichen Haftung über ihnen schwebt.²⁾ Denn nach der Rechtsprechung des BGH statuiert der Behandlungsvertrag auch über die eigentliche (Heil-)Behandlung hinaus, Schutz- und Fürsorgepflichten des Arztes gegenüber dem Patienten.³⁾ Diese Schutz- und Fürsorgepflichten wären verletzt, sollte dem Patienten nach der Entlassung aufgrund der Entlassung ohne geeignete Anschlussversorgung etwas zustoßen. Dieses Problem besteht

nicht nur bei nicht verfügbarer Anschlussheilbehandlung, sondern auch fehlender stationärer Pflegeeinrichtung: Auch bei demennten Patienten mit Weglauftendenzen drohen ohne die Gewährleistung der erforderlichen Obhut erhebliche Schäden. Auf der anderen, sozialrechtlichen Seite liegt eine sekundäre Fehlbelegung vor, wenn der Patient länger als nötig in der stationären Behandlung verbleibt. Das heißt, die Krankenkassen übernehmen in einem solchen Fall regelmäßig nicht die Kosten, die nach der gescheiterten Entlassung entstanden sind. Vielmehr blieben die Krankenhäuser in vielen Fällen in der Vergangenheit auf diesen Kosten sitzen.

2. Entscheidung des BSG vom 19. November 2019

Im konkret zu entscheidenden Fall war der Patient wegen einer chronischen Lungenerkrankung im Krankenhaus zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung aufgenommen, eine Anschlussheilbehandlung vorrangig in einer Lungenfachklinik war beantragt und auch bewilligt worden. Eine Verlegung in eine geeignete Reha-Klinik zur Anschlussheilbehandlung war allerdings erst mit einer erheblichen Verzögerung möglich, wobei die obere Grenzverweildauer um zehn Tage überschritten wurde. Die Krankenkasse verrechnete daraufhin ca. ein Drittel des Rechnungsbetrages mit unstreitigen Vergütungsforderungen mit der Begründung, dass die Krankenhausbehandlung jedenfalls ab dem 42. Tag der stationären Behandlung nicht mehr erforderlich gewesen sei. Das SG verurteilte die beklagte Krankenkasse zur Zahlung dieses verrechneten Betrages, das LSG wies die Berufung der Krankenkasse zurück. Das BSG entschied⁴⁾, dass das Krankenhaus einen Anspruch auf Notfallvergütung habe, wenn es versichert stationär versorgt, weil sie zwar nicht mehr der Krankenhausbehandlung, wohl aber stationärer medizinische Reha bedürfen und ambulante Behandlung nicht ausreichend ist. In diesen Fällen hat der Krankenhausträger einen Anspruch auf Krankenhausvergütung gegenüber dem Rehabilitationsträger. Mit der angeführten Entscheidung bietet das BSG den entlassenden Krankenhäusern – und auch den Ärzten – einen Ausweg aus dem beschriebenen Dilemma zwischen Haftungs- und Sozialrecht an und entwickelt seine Rechtsprechung weiter.

Vorab ist anzumerken, dass die gesetzlichen Krankenkassen neben ihrer Aufgabe als Leistungsträger für Leistungen nach dem SGB V auch noch Träger der medizinischen Reha-Leistungen (Reha-Träger) sind, und auch die Pflegekassen bei den Krankenkassen eingerichtet sind. Das heißt, es hängt für den Regressanspruch maßgeblich davon ab, in welcher ihrer Funktionen die jeweilige Krankenkasse in Anspruch genommen wird.

3. Vorgegangene BSG-Entscheidung vom 17. November 2015

Noch im Jahr 2015 entschied das BSG, dass ein Krankenhaus keinen Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse hat, wenn es einen Patienten, der vergeblich in eine Betreuungseinrichtung für psychisch schwer kranke Patienten entlassen werden sollte, weiterhin in stationärer Behandlung behält. Versicherte könnten aufgrund ihres Anspruches auf Versorgungs- und Entlassmanagement keine medizinisch nicht erforderliche stationäre Behandlung beanspruchen, da es hier lediglich um die im Management liegende Dienstleistung gehe. Tragende Erwägung des Gerichts war, dass es nicht Aufgabe der Krankenkassen sei,

„die für eine erfolgreiche Krankenbehandlung notwendigen gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen zu schaffen oder diesbezügliche Defizite durch eine Erweiterung des gesetzlichen Leistungsspektrums auszugleichen“⁵⁾.

Es widerspräche dem Regelungssystem, den Krankenkassen ohne ausdrückliche gesetzliche Regelung, eine Strukturverantwortung für eine Versorgung aufzuerlegen, die nicht zu ihrem Aufgabenbereich zählt.

Das Urteil war vor dem oben skizzierten haftungsrechtlichen Hintergrund problematisch: Denn daraus wurde geschlossen, dass der Patient in jedem Fall zu entlassen sei und alles Weitere das Krankenhaus nicht zu kümmern habe.⁶⁾ Indirekt wurde mit dem Urteil den Krankenhäusern im konkreten Einzelfall das Problem der strukturellen Mängel übertragen, obwohl sie noch viel weniger als die Krankenkassen die Möglichkeit haben, diese Mängel zu beheben.

Jedoch hielt das BSG bereits damals eine Schadloshaltung bei den anderen Leistungsträgern (Krankenkasse in ihrer Funktion als Reha-Trägerin, Pflegekasse) und dem Versicherten für möglich.⁷⁾

4. Voraussetzungen des Regressanspruches

Über eine solche Inanspruchnahme der Krankenkasse als Reha-Leistungsträgerin entschied das BSG nun im Jahr 2019 und stellte hierbei klar: Die Kosten, die durch die gescheiterte Entlassung entstanden sind, haben diejenigen zu tragen, die für das Defizit verantwortlich sind und dieses beheben können. In dem Sachverhalt der BSG-Entscheidung ging es – wie bereits oben dargestellt – um die Überleitung aus der Krankenhausbehandlung (Leistungen nach SGB V) in die anschließende medizinische Reha (Leistungen nach SGB IX).

Das BSG entschied, dass das Krankenhaus bei der Entlassung eines Patienten, der einer Aufnahme in eine Reha-Klinik zur

Anschlussheilbehandlung bedarf, von dem zuständigen Rehabilitationsträger Zahlung für die entstandenen Kosten verlangen kann, wenn dieser dem Krankenhaus eine geeignete Einrichtung nicht rechtzeitig anbietet und der Patient daraufhin in dem Krankenhaus verbleibt.⁸⁾

Das Krankenhaus werde – so das BSG – im Rahmen der Notfallversorgung des Patienten als eine nicht zugelassene Reha-Einrichtung tätig und sichert so die Behandlung des Patienten: Das Gesetz – § 76 Absatz 1 S. 2 SGB V – enthalte einen allgemeinen Rechtsgedanken, dass der Versicherte im medizinischen Notfall auch durch nicht zugelassene, aber behandlungsbereite Leistungserbringer behandelt werden darf. Denn es sollen möglichst keine Versorgungslücken zulasten des Versicherten bestehen.⁹⁾ Mit anderen Worten: Das Krankenhaus erbringt Reha-Leistungen in einem „anderen Gewand“¹⁰⁾.

4.1. Vergleichbarkeit von Krankenhausbehandlung und Reha-Behandlung

Das BSG beruft sich in seiner Entscheidung auf die Vergleichbarkeit der stationären (Notfall-) Krankenhausbehandlung mit der stationären Reha-Behandlung: In beiden Fällen geht es um unverzichtbare ärztliche Leistungen. Beide Versorgungsbereiche überschneiden sich in Einzelkomponenten in der Sache.¹¹⁾ Das BSG argumentiert, dass die Ziele der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX – zum Beispiel die Abwendung, Beseitigung, Minderung und Ausgleichung chronischer Krankheiten – ausdrücklich auch bei der Krankenbehandlung gelten (§§ 43, 42 Absatz 1 SGB IX). Umgekehrt umfasst die Krankenbehandlung nach dem SGB V auch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 27 Absatz 1 S. 2 Nr. 6 SGB V). Deshalb sei es hinzunehmen, dass das Krankenhaus im Notfall Reha-Leistungen erbringt.

Dass das Krankenhaus nicht alle Mittel der Regelversorgung einer Reha-Einrichtung erbringen kann, sei unschädlich, denn eine Notfallversorgung sei besser als gar keine Versorgung.¹²⁾

4.2. Ordnungsgemäß durchgeführtes Entlassmanagement

Ein weiteres Argument des BSG für die Kostentragungspflicht des Reha-Trägers war, dass das Krankenhaus seinerseits **alle wirtschaftlich zumutbaren Maßnahmen** ergriffen hat, um dem Patienten eine rechtzeitige Verlegung in die Reha-Einrichtung zu ermöglichen.¹³⁾ Hier schlägt das BSG den Bogen zu einem ordnungsgemäß durchgeführten Entlassmanagement (§ 39 Absatz 1a SGB V): Aus der Entscheidung lässt sich herauslesen, dass es dem BSG gerade auch darauf ankam, dass das Krankenhaus den zuständigen Reha-Träger frühzeitig und mit ausreichendem Zeitpuffer in das Entlassmanagement einbezog. Deshalb ist zukünftig besondere Achtsamkeit darauf zu legen, dass das Entlassmanagement im Einklang mit den gesetzlichen Regeln – insbesondere auch dem Rahmenvertrag Entlassmanagement¹⁴⁾ – durchgeführt wird, um sich den Regressanspruch gegenüber den Krankenkassen zu erhalten. Die Vorgänge sind möglichst genau zu dokumentieren, nicht zuletzt, um in einem möglichen Prozess gegen die Krankenkassen

bzw. Pflegekassen auf Kostenerstattung nicht in Beweisnot zu geraten.

Damit gilt: Nur, wenn das Krankenhaus seine Pflichten aus dem Entlassmanagement erfüllt, kann der Reha-Träger in Anspruch genommen werden.¹⁵⁾

Die wesentlichen Grundsätze eines ordnungsgemäßen Entlassmanagements sind:

- Erstellung eines Entlassplans
- Kommunikation mit Patient bzw. dessen Betreuer
- Frühestmögliche Einbeziehung der anderen Leistungsträger, wie Pflegekasse oder Reha-Träger (ggf. direkt am Tag der Aufnahme des Patienten)
- Frühestmögliche Einbeziehung der aufnehmenden Einrichtung (Pflegeheim, Reha-Einrichtung)
- Dokumentation durch Entlassbrief

4.3. Höhe des Erstattungsanspruchs

Zur Höhe des Erstattungsanspruchs entschied das BSG, dass sich dieser nicht an den zwischen den Reha-Trägern und den Reha-Einrichtungen bestehenden Verträgen zu orientieren habe. Er ergebe sich vielmehr aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), der Bundespflegesatzverordnung (BPflVO) sowie den untergesetzlichen Normen einschließlich der Normverträge, insbesondere auch aus der jeweiligen Fallpauschalenvereinbarung.¹⁶⁾ Das Krankenhaus ist somit nicht gehalten, eigenständige, kostengünstigere Versorgungsstrukturen zu schaffen, die sich an denen der Reha-Einrichtungen orientieren. Denn es ist gerade Sache der Reha-Träger, die von ihnen verantwortete stationäre Reha-Versorgungsstruktur so zu gestalten, dass eine nahtlose Anschlussbehandlung möglich ist.

Das Krankenhaus konnte dem Reha-Träger damit seine Kosten entsprechend der Krankenhausvergütungsregelungen vollständig auferlegen.

4.4. Keine eigenmächtige Entscheidung über die Reha-Behandlung

Allerdings ist zu beachten, dass durch die Weiterbehandlung im Krankenhaus nicht eine (für rechtswidrig erachtete) ablehnende Entscheidung der Reha-Träger übergangen werden darf.¹⁷⁾ Hieran ist zum Beispiel stets zu denken, wenn der Reha-Träger die Reha-Behandlung nicht bewilligt. Gegen solche ablehnenden Entscheidungen des Reha-Trägers kann nur der Patient rechtlich vorgehen. Hier droht für das entlassende Krankenhaus ein Kostenrisiko: Fußt die Entscheidung des Reha-Trägers nicht auf fehlenden Kapazitäten, sondern auf einer richtigerweise fehlenden Reha-Behandlungsbedürftigkeit des Patienten, und behält das Krankenhaus den Patienten (irrtümlich oder aus gutgemeinten Gründen) weiter in seiner Obhut, besteht kein Vergütungsanspruch gegen den Reha-Träger. Es liegt eine sekundäre Fehlbelegung vor. Dies gilt auch dann, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass die Nichtbewilligung durch den Reha-Träger rechtswidrig war. In solchen Fällen kann es angezeigt sein, den Patienten darüber aufzuklären, dass er nur auf eigene

Kosten in der Obhut des Krankenhauses verbleiben kann und sich selbst um eine Kostenerstattung kümmern muss.

Auch im Falle der Ablehnung einer angebotenen Anschlussversorgung durch den Patienten oder seine Angehörigen müssen die Kosten für den verlängerten, aber medizinisch nicht mehr notwendigen stationären Aufenthalt durch den Patienten selbst getragen werden. Entspricht die angebotene Versorgungsmöglichkeit nicht seinen Erwartungen, oder liegt das Pflegeheim nach Ansicht der Angehörigen zu weit entfernt, so kann dies nicht dazu führen, dass das Krankenhaus letztlich die Kosten für die weitere stationäre Behandlung oder zumindest das Kostenrisiko hierfür trägt. In solchen Fällen sollte der Patient hinreichend über seine eigene Kostentragungspflicht nachweisbar aufgeklärt werden. Bestenfalls sollte ein Vertrag über die verlängerte stationäre Behandlung auf Wunsch des Patienten und bei Kostentragung durch den Patienten geschlossen werden.

5. Übertragung der BSG-Entscheidung auf die Überleitung aus der stationären Krankenhausbehandlung in eine stationäre Pflegeeinrichtung?

Die Entscheidung des BSG befasst sich nur mit der Überleitung aus der stationären Krankenhausbehandlung in eine Reha-Einrichtung. Hinsichtlich der Überleitung von Patienten in ein stationäres Pflegeheim oder andere sektorenübergreifende Entlassungen trifft das Urteil keine Aussage. Gerade im Hinblick auf die fehlenden Kapazitäten für speziell pflegebedürftige Patienten (etwa Personen mit psychiatrischen Auffälligkeiten), stellt sich die Frage, ob das Urteil des BSG eine Lösung auch für diese Fälle bereit hält, in denen ein geeigneter Pflegeheimplatz nach Abschluss der stationären Krankenhausbehandlung nicht gefunden werden kann.

Überträgt man die BSG-Rechtsprechung auf die Überleitung aus der stationären Krankenhausbehandlung in die stationäre Pflege, bedeutet dies, dass das Krankenhaus als „Notfall-Pflegeeinrichtung“ tätig werden muss, um einen Regressanspruch gegen die Pflegekasse geltend machen zu können. Anspruchsgegner des Krankenhauses wäre somit die Pflegekasse.

Hier gelten gleichermaßen die strengen Anforderungen an ein ordnungsgemäßes Entlassmanagement, die unbedingt einzuhalten sind. Der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement gilt auch bei der Entlassung und Überleitung in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Es gilt, die Pflegekassen möglichst frühzeitig in die geplante Entlassung einzubeziehen.

Nach der Diktion des BSG müssen die Leistungen vergleichbar sein. Hier geht es um Leistungen im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung (SGB V) und Leistungen der stationären Pflege (SGB XI). Die Hauptleistungen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind auf den ersten Blick nicht vergleichbar: Während auf der einen Seite die Behandlung von Krankheiten im Vordergrund steht, stehen auf der anderen Seite die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Vordergrund. Zu bedenken ist auch, dass Krankenhäuser ausdrücklich keine Pflegeeinrichtungen

Anzeige

sind (§ 71 Absatz 4 Nr. 2 SGB XI). Damit scheint ein Exklusivitätsverhältnis vorzuliegen.

Das BSG fordert jedoch nur eine Überschneidung der Versorgungsbereiche **in Einzelkomponenten**.¹⁸⁾ Eine teilweise Überschneidung ergibt sich hier daraus, dass im Rahmen der stationären Pflege auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erbracht werden (§ 43 Absatz 2 S. 1 SGB XI). Das sind insbesondere solche medizinischen Hilfeleistungen, die nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden, wie Injektionen, Verbandwechsel, Katheterisierung, Sicherung des notwendigen Patientenbeitrags zur ärztlichen Therapie (zum Beispiel Medikamenteneinnahme, Aufklärung über Medikamente).¹⁹⁾ Diese Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind deckungsgleich mit solchen der häuslichen Krankenpflege i. S. d. § 37 SGB V.²⁰⁾ Die häusliche Krankenpflege erfolgt, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Daraus kann geschlossen werden, dass solche Leistungen in der Regel Teil der Krankenhausbehandlung sind und damit auch grundsätzlich von der Krankenkasse zu übernehmen sind.²¹⁾ Damit überschneiden sich die Versorgungsbereiche zumindest teilweise.

Somit müsste unter Anwendung und Einhaltung der Anforderungen der Rechtsprechung des BSG auch in einem solchen Fall ein Erstattungsanspruch gegen die Pflegekassen bestehen. Damit gilt: Scheitert die Überleitung aus der stationären Krankenhausversorgung in eine stationäre Pflegeeinrichtung wegen fehlenden Kapazitäten in den Pflegeeinrichtungen, ist an einen Regressanspruch gegen die Pflegekassen zu denken.

6. Übertragung der BSG-Entscheidung auf weitere sektorenübergreifende Entlassungen?

Wie gezeigt, lässt sich die Rechtsprechung des BSG zumindest auf die Überleitung aus der stationären Krankenhausbehandlung in die stationäre Pflege übertragen.

Doch zeigen sich in dem Urteil durchaus auch Anhaltspunkte, dass diese Grundsätze bei jeder fehlgeschlagenen sektorenübergreifenden Überlassung Anwendung finden können, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Das geforderte Entlassmanagement wurde ordnungsgemäß durchgeführt,
- ein Notfall besteht in dem Sinne, dass die notwendige Überleitung aus Kapazitätsgründen fehlschlägt und
- die Leistungen sind miteinander vergleichbar, zumindest in Einzelkomponenten.

Den Aussagen des BSG, dass es gerade Sache des jeweils anderen Sozialleistungsträgers sei, eine ausreichende Versorgungsstruktur zu schaffen, und, dass bestehende Versorgungslücken durch eine Notfallbehandlung geschlossen werden müssen, lässt sich daher ein verallgemeinerungsfähiger Rechtssatz entnehmen.

Dies ist in Zusammenhang mit dem oben angesprochenen Urteil aus dem Jahr 2015 zu sehen: Hier entschied das BSG, dass die gesetzlichen Krankenkassen keine Möglichkeit haben, strukturelle Mängel außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs zu

beheben.²²⁾ Das BSG nennt hier ausdrücklich die Unterversorgung bei den Betreuungseinrichtungen für psychisch schwer kranke Patienten, zu denken ist aber auch an fehlende Pflegeeinrichtungen für behinderte Menschen.

6. Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass das Urteil des BSG vom 19. November 2019 in Verbindung mit dem Urteil aus dem Jahr 2015 ein geschlossenes Bild zeichnet: Die jeweiligen Leistungsträger – also die Krankenkassen, Reha-Träger oder Pflegekassen – sind verantwortlich für die in ihrem Versorgungsbereich bestehenden Versorgungsdefizite. Sie haften gegenüber den Leistungserbringern für die Kosten, die durch das Scheitern einer Überleitung in ihren Versorgungsbereich, entstehen.

Das Urteil des BSG vom 19. November 2019 ist daher auf weitere sektorenübergreifende Entlassungen übertragbar.

Durch eine Geltendmachung des Regressanspruchs wird die Problematik fehlender Betten in Intensivpflegeheimen oder Reha-Einrichtungen zwar nicht gelöst, hierdurch kann aber auf Entscheidungsträger Druck ausgeübt werden, damit endlich eine ausreichende Versorgungsstruktur geschaffen wird.

Anmerkungen

- 1) BSG, Urteil vom 19. November 2019 – B 1 KR 13/19 R.
- 2) Makoski, jurisPR-MedizinR 1/2016 Anm. 4.
- 3) BGH (VI. Zivilsenat), Urteil vom 26.06.2018 – VI ZR 285/17.
- 4) BSG, Urteil vom 19. November 2019 – B 1 KR 13/19 R.
- 5) BSG, Urteil vom 17. November 2015 – B 1 KR 20/15 R, Rn. 11.
- 6) Makoski, jurisPR-MedizinR 1/2016 Anm. 4; Zawade, Anmerkung zu BSG, Urteil v. 17. November 2015 – B 1 KR 20/15 R, SGB 2017, 212 (217).
- 7) BSG, Urteil vom 17. November 2015 – B 1 KR 20/15 R, Rn. 15.
- 8) BSG, Urteil vom 19. November 2019 – B 1 KR 20/15 R.
- 9) BSG, Urteil vom 19. November 2019 – B 1 KR 20/15 R, Rn. 11.
- 10) Plagemann, Sekundäre Fehlbelegung im Krankenhaus – eine Kostenfalle?, *Gesundheit und Praxis*, 2019, 145 (146).
- 11) BSG, Urteil vom 19. November 2019 – B 1 KR 20/15 R, Rn. 17.
- 12) BSG, Urteil vom 19. November 2019 – B 1 KR 20/15 R, Rn. 20.
- 13) BSG, Urteil vom 19. November 2019 – B 1 KR 20/15 R, Rn. 28.
- 14) in der Fassung der 2. Änderungsvereinbarung vom 12. Dezember 2018, abgeschlossen zwischen dem GKV-Spitzenverband (als Spitzenverband der Kranken- und Pflegekassen), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.
- 15) Plagemann, FD-SozVR 2020, 426381.
- 16) BSG, Urteil vom 19. November 2019 – B 1 KR 20/15 R, Rn. 25 f.
- 17) BSG, Urteil vom 19. November 2019 – B 1 KR 20/15 R, Rn. 16.
- 18) BSG, Urteil vom 19. November 2019 – B 1 KR 20/15 R, Rn. 17.
- 19) Reimer, in Hauck/Noftz (Begr.), SGB XI, Stand 9/19, § 43 Rn. 14.
- 20) Luik, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), *Juris-PK SGB XI*, 2. Auflage 2017, § 43, Rn. 92; Diepenbruck, BeckOK SGB XI, 55. Edition 2016, § 43 Rn. 32.
- 21) Diepenbruck, BeckOK SGB XI, 55. Edition 2016, § 43 Rn. 33.
- 22) BSG, Urteil vom 17. November 2015 – B 1 KR 20/15 R, Rn. 11.

Anschrift der Verfasser

Dr. Ulrike Brucklacher, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht/Christoph Renz, wissenschaftlicher Mitarbeiter, VOELKER & Partner Rechtsanwälte Wirtschaftsprüfer Steuerberater, Am Echazufer 24, 72764 Reutlingen ■