

Rechnungsprüfung im Krankenhaus

Ordnungspolitischer Rahmen und PrüfvV

Salzburg, den 26.10.2018

Kai Labenski
armedis
RECHTSANWÄLTE

Krankenhausrecht und Finanzierung

- Das Krankenhausrecht gilt noch heute als „**Stiefkind der Rechtswissenschaft**“
 (Huster in Huster/Kaltenborn 1. Auflage 2010, Vorwort).
- ... es ist inhaltlich und gesetzestechnisch so **unvollkommen** und **widersprüchlich** in Gesetzesform gegossen“
 (Dietz/Bofinger Vorwort 6a)
- ... es ist in vielen Punkten in Wahrheit ein „Krankenhausnichtfinanzierungsrecht“. Es ist nicht gradlinig, sondern vor allem „**Stellschraubenrecht**“.
 (Dettling/Gerlach Krankenhausrecht Einleitung Rn. 20)

Grundsatz: Leistungserbringungsrecht des Krankenhausträgers

- Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruches des Krankenhauses gegen die Krankenkassen ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V.
- Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG und des KHEntgG zu führen. Die daraus resultierende Verpflichtung der Krankenkassen zur Zahlung entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist.
- Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11; BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 11; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; alle mwN).
- Der Anspruch auf Vergütung der vollstationären Krankenhausleistung aus § 109 Absatz 4 SGB V, setzt voraus:
 - die Erforderlichkeit der Aufnahme und Dauer der Behandlung (spezifischen Mittel eines Krankenhauses)
 - die Behandlung mit ausreichenden und wirtschaftlichen Mitteln
 - die Leistungen innerhalb des Versorgungsauftrags
 - die korrekte Abrechnung des Leistungsgeschehens

Grundsatz der Rechnungsprüfung

Leistungen § 2 SGB V

„(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des **Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12)** zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

Wirtschaftlichkeitsgebot §12 SGB V

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und **wirtschaftlich** sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Wirtschaftlichkeitsgebot

- Das Wirtschaftlichkeitsgebot sowie die ausreichende, zweckmäßige und notwendige Versorgung der gesetzlich Versicherten sind tragende Grundsätze der Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei wird der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz an verschiedenen Stellen genannt mit teilweise unterschiedlicher Ausprägung und Schutzrichtung; in § 1 Abs. 1 KHG zur Sicherung der Krankenhäuser, in § 12 SGB V zum Schutz der Solidargemeinschaft der Versicherten und des Leistungserbringers.
- Die Rechtsprechung des 1. Senates des BSG erkennt das Wirtschaftlichkeitsgebot in prominenter Weise als verstandenes Korrektiv, Regelungen der Selbstverwaltungsparteien auf Bundes- und Landesebene für nichtig zu erklären und gesetzliche Regelungen wie Ausschlussfristen und Aufwandspauschalen und NUBs gegen den Gesetzeswortlaut nicht anzuwenden, als deren Anwendung sonst dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen würde; z.B.
 - Unwirksamkeit der modifizierten Rechnungskorrekturfristen; § 11 Abs. 2 Hamburger LV
 - Erfindung der Rechtsfigur der **Sachlich-rechnerische Richtigkeit** außerhalb der Fristenregelung des § 275 SGB V; die den Gesetzgeber zur Einfügung des § 275 Absatz 1c Satz 4 SGB V zwang und die Selbstverwaltungsparteien, diese neue Figur ausdrücklich dem Prüfregime der PrüfvV zu unterstellen.
 - Regelungen der **FPV** seien unwirksam, als dies mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht in Einklang zu bringen sei.
 - Last but not least: Die Erfindung der Rechtsfigur des „fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens“

Grundsatz: Leistungserbringungsrecht des Krankenhausträgers

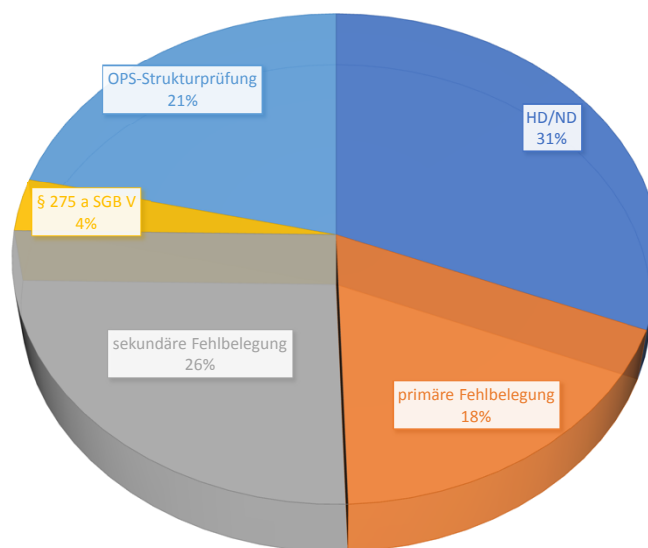
Anspruchsgrundlagen der Rechnungsprüfung

- Krankenkassen können - ohne MDK - nur auf formale Richtigkeit (z.B. Abrechnungsziffern, Plausibilität) prüfen.
- Bei weiterführenden Auffälligkeiten, wie bspw. des Wirtschaftlichkeitsgebots sind die Krankenkassen verpflichtet, „in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist“, den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme hinzuzuziehen. Im Vordergrund steht die Prüfung der Voraussetzungen des Krankenhausaufenthaltes, die Art und der Umfang der Leistungen und zunehmend Strukturvoraussetzungen nach dem OPS-Kodes; letzterer ohne Anspruchsgrundlage!
- Wir differenzieren zwischen:
 - Auffälligkeitsprüfungen, § 275 SGB V i.V.m. PrüfvV
 - Sachlich-rechnerische Richtigkeit; § 275 SGB V i.V.m. PrüfvV
 - Leistungen innerhalb des Versorgungsauftrages, § 275 SGB V i.V.m. PrüfvV
 - Strukturprüfungen
 - Qualitätsvoraussetzungen nach G-BA Richtlinien gem. § 275a SGB V
 - Strukturprüfungen innerhalb von Auffälligkeitsprüfungen § 275 SGB V i.V.m. Regelungen der PrüfvV
 - Strukturprüfungen außerhalb von Auffälligkeitsprüfungen (?)
 - Strukturprüfungen für vergangene Zeiträume (?)

Die Prüfregimes Krankenhausrechnungen erfolgen im Wesentlichen im Hinblick auf:

- **Qualitätsvorgaben** (Struktur, Personal, Ablauf- und Prozessgestaltung)
 - G-BA Richtlinien gem. §137 SGB V
 - QBAA-RL
 - TAVI-RL
 - QFR-RL
 - Kinderherzchirurgie-RL
 - OPS-Kodes
 - OPS 8-550 (Geriatric)
 - OPS 8-98f (Intensivkomplex)
 - OPS 8-981 und 8-98b (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfall)
 - OPS-918 („Multimodale Schmerztherapie“)
 - Landeskrankenhausesrechtliche Vorgaben § 136b Abs. 2 Satz 4 SGB V
 - Gestuftes Notfallsystem (§ 136 c Absatz IV SGB V) 3 Leistungsstufen
 - Versorgungsauftrag mit ausdrücklicher Begrenzung auf Wortlaut von OPS-Kodes (zum Beispiel in der Geriatrieplanung Sachsen und Hessen)
- **Sachlich-rechnerische Berichtigung**
- **Auffälligkeitsprüfung** zu den Voraussetzungen der Abrechnung (primäre Fehlbelegung, sekundäre Fehlbelegung, HD/ND/OPS im Einzelfall; Zusatzentgelt etc.)
- **Versorgungsauftrag gem. § 8 KHEntgG**
 - Psychosomatik in der Pädiatrie
 - Invasive Kardiologie (LHM) in Klinik für Innere Medizin
 - Geriatrie innerhalb einer internistischen Fachabteilung
 - Elektive Endoprothetik in der Allgemeinchirurgie bei im Krankenhausplan beplanter Orthopädie

Verteilung der Prüffälle des MDK Nord und MDK Niedersachsen 2017 – Krankenhausfallbezug



Wirtschaftliche Auswirkung von Rechnungsprüfungen in Krankenhäusern

Jahr	GKV-Ausgaben insg.	GKV-Ausgaben KH	Korrekturquote KH
2000	125,93 Mrd. Euro	44,16 Mrd. Euro	220 Mio Euro
2010	164,96 Mrd. Euro	58,13 Mrd. Euro	520 Mio Euro
2015	202,05 Mrd. Euro	70,25 Mrd. Euro	1,5 Mrd. Euro
2017	220,91 Mrd. Euro	75,60 Mrd. Euro	1,7 Mrd. Euro

1.725 zugelassene Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt; Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1.5.2016, S.3)

Jahresverlustwert bei einem 680 Planbettenhaus
(Schwerpunktversorger) : 2,352 Mio Euro

und weil das offenbar noch nicht reicht....

- Vorschläge des Bundesrechnungshof (BRH) aus dem Bericht an das BMG vom 03.August 2018:

Der Bundesrechnungshof hatte die Praxis von 5 GKVen moniert, anstelle von Einzelprüfungen eine durchschnittliche Korrekturquote zur Meidung von Prüfaufwand im Krankenhaus und bei den GKVen über das Kalenderjahr mit den Khsern zu vereinbaren. Hieraus:

- „Das Prüfverfahren ist weiterzuentwickeln, womit das Prüfsystem insgesamt gestärkt und zu höheren Rückzahlungen führt.“
- Forderung nach Prüfungstiefe zu „Erforderlichkeit der Leistung im Sinne der Wirtschaftlichkeit“
- BRH fordert **Strafzahlungen** von Krankenhäusern „in Höhe des 1,5 fachen Rechnungssatzes“.

Anspruchsgrundlagen der Rechnungsprüfung

§ 275 Abs. 1 SGB V

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,

(1c) 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. (...) 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.

Einzelfallprüfung bei Auffälligkeit - SGB V

- § 275 Abs. 1 c SGB V sieht für die Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V eine Einzelfallprüfung bei Auffälligkeiten in der Abrechnung vor, insbesondere zu:
 - Art und Umfang der Krankenhausleistung
 - Inhaltliche Abrechnung der Krankenhausleistung
- Auffälligkeiten sind in Abgrenzung der - aufgehobenen - routinemäßigen Stichprobenprüfung nach § 17c KHG auf Fälle begrenzt, in denen die Krankenkassen einen „Anfangsverdacht“ haben. Dies ist anzunehmen, wenn die
 - Abrechnung und/oder
 - die mit der Abrechnung mitgeteilten Behandlungsdaten gem. § 301 SGBV und/oder
 - zusätzliche von den KVen verwertbare Informationen
- konkrete Fragen der medizinischen Sachverhaltsermittlung nach sich ziehen, die die **sachlich-rechnerische Richtigkeit** der Abrechnung und/oder Fragen der **Wirtschaftlichkeit** der Abrechnung nach sich ziehen.

Anspruchsgrundlagen
der Rechnungsprüfung
Prüfung Qualitätsvoraussetzungen
von G-BA Richtlinien



§ 275 a SGBV

(1) Der Medizinische Dienst führt nach Maßgabe der folgenden Absätze und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Kontrolle ist, dass der Medizinische Dienst hierzu von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde. (...)

Anspruchsgrundlagen
der Rechnungsprüfung

§ 276 Abs. 2 SGB V

Mitwirkungspflicht

- „...haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln...“
- Keine Mitwirkungspflicht bei OPS-Strukturprüfungen!

Anspruchsgrundlagen der Rechnungsprüfung

§ 113 SGB X Verjährung

- „(1) Erstattungsansprüche verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über dessen Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Rückerstattungsansprüche verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Erstattung zu Unrecht erfolgt ist.“
- Teilweise Modifikation der Selbstverwaltungsparteien in Landesverträgen zu § 112 SGB V
- BSG Urteil vom **28.03.2017-B 1 KR 3/16 R** sieht landesvertragliche Regelung als nichtig an und begründet dies mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot
 - § 11 Abs. 2 Hamburger LV sieht vor, dass sachliche und rechnerische Berichtigungen nach Rechnungszahlung nur noch innerhalb von 6 Monaten geltend gemacht werden können.
 - Dazu BSG: „Das Wirtschaftlichkeitsgebot verbietet es, Überprüfungsmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser über die allgemeinen [gesetzlichen Rahmenvorgaben](#) hinaus zeitlich einzuschränken.“

Verkürzung der Verjährungsfristen ?

Änderungsanträge zum PpSG
der Fraktionen CDU/CSU und SPD



ÄNDERUNGSANTRAG zum PpSG der CDU/CSU und SPD Fraktionen – Ausschussdrucksache 19(14) 35.1 vom 05.10.2018

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)
BT-Drs. 19/.....

In Artikel 7 wird nach Nummer 8 folgende Nummer 8a eingefügt:
,8a. Dem § 109 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Erstattung gezahlter Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche nach Satz 1, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.“

Neuer Änderungsantrag BT-Drs. 19/4453 24.10.2018

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)
BT-Drs. 19/.....

In Artikel 7 wird nach Nummer 8 folgende Nummer 8a eingefügt:
,8a. Dem § 109 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Erstattung gezahlter Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlungen von geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.“

ÄNDERUNGSANTRAG zum PpSG der CDU/CSU und SPD Fraktionen –
Ausschussdrucksache 19(14) 35.1 vom 05.10.2018

und für Rechnungsprüfungen relevant weiter:

- Klarstellung, dass das DIMDI Klarstellungen der Formulierung insbesondere zum OPS auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Abgeschlossene Abrechnungsverfahren sollen damit auf eine rechtssichere Grundlage gestellt werden (Änderungsantrag 11a und 11b).
- Klarstellung, dass die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffene Abrechnungsbestimmung zur Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen ist (Änderungsantrag Nr. 2/3 i. V. m. Nr. 12).

Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)

- Das Beitragsschuldengesetz hatte die Selbstverwaltungsparteien auf **Bundesebene** beauftragt, Vereinbarungen zur Abrechnungsprüfung zu treffen, die Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Khsern und KKen reduzieren sollte.
- Unter zur Hilfenahme der Bundesschiedsstelle nach § 18 lit. a Absatz 6 KHG wurde in Umsetzung der gesetzgeberischen Intention die erste PrüfvV zum 01.01.2015 in Kraft gesetzt, die von der DKG gleich wieder zum 31.12.2015 gekündigt wurde mit dem Ziel der Neuverhandlung. Im Frühjahr 2016 hat der der GKV-Spitzenverband und die DKG sich auf die neue zum 01.01.2017 in Kraft tretende PrüfvV geeinigt, die im Wesentlichen
 - eine enumerative Aufzählung von Auffälligkeiten im Sinne des § 275 SGB V benennt und
 - die Aktenübersendungsfrist von 4 auf 8 Wochen mit der Möglichkeit der Nachprüfung einführt.

Einleitung des Prüfverfahrens § 4 PrüfvV

- „Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung nach § 3 Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Abrechnung im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 1 einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb von **6 Wochen** nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen.
- Dabei hat sie den Prüfgegenstand (-umfang) mindestens aber zu benennen:
 - primäre Fehlbelegung
 - sekundäre Fehlbelegung
 - Kodierprüfung unter Benennung der beanstandeten Haupt- und/oder Nebendiagnose(n) und/oder Prozedur(en) unter Benennung der beanstandeten OPS-Ziffer(n)
 - Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.)

Die Aufzählung in Satz 2 ist nicht abschließend, Mehrfachnennungen sind möglich.

→ Ist kein Prüfgegenstand benannt, liegt keine ein Prüfverfahren einleitende Mitteilung vor. Die Mitteilung muss dem Krankenhaus in der Frist nach Satz 1 zugehen.“

§ 7 Absatz 2 PrüfvV Ausschlussregelung!?

- § 7 Absatz 2 Satz 4: „Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 8 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln.“
- § 7 Absatz 2 Satz 5: „Die vom MDK angeforderten und gegebenenfalls vom Krankenhaus ergänzten Unterlagen müssen dem MDK innerhalb der Frist des Satzes 4 zugegangen sein.“
- § 7 Absatz 2 Satz 6: „Sind die Unterlagen dem MDK nicht fristgerecht zugegangen, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstreitigen Rechnungsbetrag“
 - Die Ausschlussregelungen der § 7 Absatz 2 sind von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c KHG gedeckt.
SG Köln, U.v. 4.5.2016-23 KN 108/15, LSG Nordrhein Westfalen – L 16 KN 395/16 (rechtshängig)
 - Die Ausschlussregelungen der § 7 Absatz 2 sind nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c KHG gedeckt
SG Gießen, 10.11.2017 – S 7 KR 70/16
SG Detmold, 16.11.2017 – S 24 KR 836/16
SG Braunschweig 5.03.2018 – S 7 KR 246/16

§ 8 PrüfvV – Mitteilungserfordernis der KKen; Obliegenheit der KKen mit Ausschlussfrist!?

§ 8 Satz 1 PrüfvV: KKen haben dem KH „*eine abschließende Entscheidung*“ und „*den daraus folgenden Erstattungsanspruch*“ mitzuteilen.

§ 8 Satz 2 PrüfvV: „*wesentliche Gründe*“ der Monierung sind darzulegen

§ 8 Satz 3 PrüfvV: Mitteilung gem. Satz 1 und Satz 2 sind innerhalb von **11 Monaten** nach Übermittlung der Prüfanzeige dem KH zuzustellen.

§ 8 Satz 4 PrüfvV: „*Die Regelung des Satz 3 wirkt als Ausschlussfrist*“

→ Ausschlussfrist? Wohl wie § 7 Absatz 2 zu entscheiden.

§ 10 PrüfvV- Zahlungs- und Aufrechnungsregelung

- § 10 Satz 1 PrüfvV: KK kann mit Einigung im Vorverfahren und dem nach § 8 PrüfvV mitgeteiltem Erstattungsanspruch mit einer KH-Rechnung aufrechnen.
- § 10 Satz 2 PrüfvV: Dabei sind der die verrechneten Erstattungsansprüche zu dem Leistungsanspruch genau zu benennen.
- **Sammelaufrechnungen** (§§ 396, 366 Abs. 2 BGB) gelten unter der PrüfvV 2017 nicht mehr! (vgl. sehr anschaulich SG Aachen, Urteil vom 22.08.2017- S 13 KR 175/17)
 - Ein Verweis auf ein umfängliches durch die KKen übermitteltes Sammelavis ist mit § 10 Satz 2 PrüfvV ungenügend bestimmt.
 - Sind die Gegenforderungen nicht hinreichend bestimmt, ist die Aufrechnung unwirksam.

Fristenregelung von § 275 SGB V für 1. Senat unbeachtlich?

Das klagende KH rechnete die DRG I34Z (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) ab; streitig war, ob die Mindestmerkmale des OPS-Kodes 8-550.1 erfüllt seien. BSG nahm hier die 6 Wochenfrist in § 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V nicht an, und sah die Korrektur im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung berechtigt an.

CAVE: BSG stellt allg. Gerechtigkeitsgrundsätze auf, die Gesetzesdispositiv sind?

„Es entspricht nicht den gesetzlichen Vorgaben (§ 301 Abs. 1 SGB V), sondern den **eigenen Interessen** des KH, der KK die entsprechenden Sachverhalte vollständig und nachvollziehbar mitzuteilen, die es zu seiner Auslegung der Abrechnungsvorschriften veranlasst haben. Nur so beugt das KH einer Irreführung und darauf beruhender täuschungsbedingter ungerechtfertigter Vermögensverfügung der KK vor, ermöglicht der KK die sachlich-rechnerische Richtigkeitskontrolle und schafft damit die für die Zusammenarbeit unerlässliche Vertrauensbasis“ (BSG U.v. 14.10.2014 – B 1 KR 25/13 RdNr. 17)

→ rechtliche Einordnung?



Fristenregelung von § 275 SGB V für 1. Senat unbeachtlich?

„KKn sind **jederzeit** berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf bestehende Leistungsverweigerungsrechte oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen.“

vgl. BSG, Urteil vom 21.04.2015, B 1 KR 8/15 R (RdNr. 26)

„**Faktische Überschneidungen** zwischen beiden Prüfregimen können sich daraus ergeben, dass sachlich-rechnerische Unrichtigkeiten „**Auffälligkeiten**“ im **Rechtsinne** bewirken. Sie führen indes nicht dazu, den Rechtsbereich des Prüfregimes der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu beschränken. Dies hätte eine vom Regelungszweck nicht gedeckte beweisrechtliche Privilegierung von in tatsächlicher Hinsicht **irreführenden Abrechnungen** durch das Eingreifen der **6-Wochen-Frist**, die der Rechtsordnung jedenfalls bis zum Ablauf des **31.12.2015** fremd ist.“

vgl. BSG, Urteil vom 25.10.2016 B 1 KR 18/16 R (RdNr. 32)

CAVE: → 2014/2015 ist ein noch nicht verjährter Zeitraum!



OPS-Strukturprüfung außerhalb von § 275 SGB V

Was ist eine Strukturprüfung außerhalb von
Einzelfallprüfungen?



BSG-Urteil B 1 KR 19/17R vom 19.12.2017

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

das BSG-Urteil vom 19.12.2017 (B 1 KR 19/17 R) möchten wir zum Anlass nehmen. Ihnen unsere Auffassung hinsichtlich der Erfüllung der Mindestmerkmale des OPS 8-550 mitzuteilen.

Aus der Formulierung des OPS geht hervor, dass eine Abrechnung nur dann gerechtfertigt ist, wenn alle vier der geforderten Therapiebereiche auch tatsächlich vorgehalten werden. Ebenso ist geregelt, dass alle im OPS geforderten Berufsgruppen bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein müssen.

Wir fordern Sie hiermit auf, uns einen aussagefähigen Nachweis darüber zu erbringen, dass Sie alle vier Therapiebereiche vorhalten (ab 01.01.2014). Ebenso bitten wir um Nachweise, dass in sämtlichen mit der DAK abgerechneten Fällen ab 01.01.2014 alle Berufsgruppen (Behandlungsleitung, Pflegefachkraft, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, (Neuro)Psychologie und Sozialdienst) bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend waren.

Sollten Sie uns bis zum 08.11.2018 keinen Nachweis erbringen, halten wir uns das Recht zur Rückforderung des dann zu Unrecht vergüteten Betrages vor.

Freundliche Grüße

Ihre DAK-Gesundheit

OPS-Strukturprüfung außerhalb von § 275 SGB V

- Der Operationen und Prozeduren-Schlüssel (OPS-Kode) wird durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation-Information (DIMDI)
- als nicht rechtsfähige Anstalt des Bundes und des Bundesministerium für Gesundheit
- nach Durchführung eines Vorschlagsverfahrens, bei dem die Selbstverwaltungspartner und fachlich geeignete Institutionen einbezogen werden
- mit Letztentscheidungsrecht
- erlassen.



Was sind OPS-Kodes, nach der eigenen Definition des Verfassers DIMDI?

- Definition durch DIMDI: Der OPS ist eine Adaption der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). ICPM steht für "International Classification of Procedures in Medicine". Die deutsche Fassung der ICPM entstand auf der Basis einer Übersetzung der erweiterten holländischen Fassung ICPM-DE (Dutch Extension). Diese wurde zum OPS weiterentwickelt. Bis 2004 wurde der OPS als OPS-301 bezeichnet (301 bezieht sich auf den § 301 SGB V, der die Anwendung des OPS vorschreibt). Der OPS ist eine an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasste Fassung.
- Die Schlüssel liefern Daten zur Qualitätssicherung, Transparenz, Epidemiologie, medizinischen Dokumentation sowie für statistische und wissenschaftliche Zwecke.
- Abrechnungsvoraussetzungen?
- Konkretisierung?



Verfahrenstechnik: OPS-Kodes dienen der Dokumentation und Erfassung der in ihr genannten Strukturen



Das Bundessozialgericht

- „Maßgebliche nach § 301 SGB V zu übermittelnde Behandlungsdaten sind keine Fakten, sondern [Ergebnisse rechtlicher Subsumtion](#) vornehmlich nach Maßgabe von ICD-10-GM, OPS, Deutsche Kodierrichtlinien, Fallpauschalenvereinbarung und Groupierung.
 - BSG Urteil vom 23. Mai 2017 - B 1 KR 24/16 R
- „Die Pflicht des G-BA, gemäß § 137 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V die Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen, bezieht sich nur auf grundlegende medizinischen Anforderungen an die Leistungserbringer und nicht auf konkrete Vergütungsvoraussetzungen. Das DIMDI kann daher sehr wohl auch [strukturelle Abrechnungsvoraussetzungen für die jeweilige Prozedur festlegen](#).“
 - BSG Urteil vom 18. Juli 2013 - B 3 KR 25/12 R



Das Bundessozialgericht

- Da der Vergütungsanspruch des Krankenhauses eine - im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V - erforderliche Krankenhausbehandlung voraussetzt, kommt es auf die inhaltliche Ausgestaltung dieses Erforderlichkeitsmerkmals an.
- Die Rechtsprechung des BSG sieht unter einer wortgenauen Anwendung des Operations- und Prozedurenschlüssels (OPS-Kode), eine zwingende normative Vorgabe, dass jedes Krankenhaus, welches die im OPS-Kode beschriebenen Strukturmerkmale unterschreitet, eine nach diesen Vorgaben „ungeeignete“ Versorgung der Versicherten erbringt, die im Rechtssinne „nicht erforderlich“ ist, mit der Folge, dass das Krankenhaus hierfür keine Vergütung beanspruchen kann.
 - BSG ständige Rechtsprechung (vgl. m.w.N. BSG Urteil vom 19.12.2017, [Az. B 1 KR 19/17R](#))



In der Diskussion,, OPS-Komplexkodes sind verfassungswidrig“ ?

Michael Phieler ,Vorsitzender Richter des LSG Niedersachsen Bremen Das Krankenhaus;
9/2018, W. Kohlhammer Verlag



- Rechtsstaatsprinzip und Demokratiegebot verpflichten den Gesetzgeber, die für die Grundrechtsverwirklichung maßgeblichen Regelungen im Wesentlichen selbst zu treffen und diese nicht dem Handeln und der Entscheidungsmacht der Exekutive zu überlassen. (...) Zwar sind im Bereich der Selbstverwaltung gewisse Lockerungen der legislativen Regulationsintensität zulässig.
- Wo der Gesetzgeber solche Lockerungen vorsieht, müssen jedoch die Möglichkeiten parlamentarischer Beobachtung und Kontrolle der Aufgabenwahrnehmung unbeeinträchtigt bleiben. Ein solcher Verbleib der wesentlichen Entscheidungen beim Bundesgesetzgeber ist im Fall der OPS-Komplexkodes jedoch nicht mehr gegeben, (...).
- (...) werden durch den 8-98f und andere Komplexkodes massivste rechtliche und wirtschaftliche Folgen ausgelöst, die nach der Rechtsprechung des BVerfG eine legislative Steuerung verlangen, auf die die Legislative jedoch tatsächlich und aus rechtlichen Gründen keinerlei Einfluss mehr hat.

Strukturprüfung außerhalb von § 275 SGB V

- Strukturprüfungen außerhalb von § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind nicht vorgesehen.
 - Die Begutachtungsanlässe in § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind abschließend, also (-)
 - Auch die PrüfV als Vereinbarung der Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene sieht keine Erweiterung dieses Prüfungsfanges vor.
- Die Strukturen nach den OPS-Kodes sind auch nicht von dem Prüfungsfang des § 275a SGB V umfasst, da es sich um keine Qualitätsrichtlinien des G-BA handelt, also (-)
- Anspruch aus **richterlicher Rechtsfortbildung**?
 - Urteil des BSG vom 18.07.2013 – B 3 KR/12 R wird von KVen falsch zitiert, indem dort aus der RdNr. 21-22 die „Grundsätzlichkeit“ hervorgehoben wird.
Der 3. Senat, hatte aber eben unter dieser RdNr. sprachlich sehr klar dargestellt, dass es für die „Grundsätzlichkeit“ um eine medizinische Beurteilung eines Einzelfalles gehen muss.
→ also keine Strukturprüfung außerhalb der Einzelfallprüfung?

BSG U.v. 14.10.2014-B 1 KR 25/13 erging zum OPS-Kode geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

„ Es entspricht nicht den gesetzlichen Vorgaben (§ 301 Abs. 1 SGB V), sondern den **eigenen Interessen** des KH, der KK die entsprechenden Sachverhalte vollständig und nachvollziehbar mitzuteilen, die es zu seiner Auslegung der Abrechnungsvorschriften veranlasst haben. Nur so beugt das **KH einer Irreführung und darauf beruhender täuschungsbedingter ungerechtfertigter Vermögensverfügung** der KK vor, ermöglicht der KK die sachlich-rechnerische Richtigkeitskontrolle und schafft damit die für die Zusammenarbeit unerlässliche Vertrauensbasis“ (BSG U.v. 14.10.2014 - B 1 KR 25/13 RdNr. 17)

Die rechtliche Einordnung fällt schwer :

§ 242 BGB???

Strafbefreiender Rücktritt nach § 24 StGB ???

Unter Inblicknahme der Ausführungen des 1. Senates gedacht kann dies dann auch auf OPS-Strukturprüfungen außerhalb von Einzelfällen angewandt werden?



Rückwirkung der BSG Rechtsprechung?

- Ein Gesetz, das die sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung eingeführt hätte, unterläge nämlich grundsätzlich dem Rückwirkungsverbot bezüglich abgeschlossener Sachverhalte, jedenfalls aber - bei der so genannten unechten Rückwirkung - bezüglich nicht abgeschlossener Sachverhalte der konkreten Vertrauensschutzprüfung. Diese rechtsstaatlichen Schutzmechanismen werden bei einer Rechtsprechungsänderung grundsätzlich nicht anders bewertet werden können. Die Krankenhäuser werden, obwohl die Gesetzeslage eindeutig zu ihrem Schutz eingrenzende zeitliche und häufigkeitsbegrenzende Vorgaben macht, nach der dargestellten Rechtsprechungsänderung des Bundessozialgerichts prinzipiell auch rückwirkend schutzlos. Deswegen wird die Wirksamkeit von Gerichtsentscheidungen durch das BSG in anderen Fällen auch durchaus begrenzt (zum Beispiel: BSG, 23.06.2015, B 1 KR 26/14 R, Juris, Rn. 24).
- mitunter wird auch nur auf den Grundsatz von **Treu und Glauben** zurückgegriffen:
- vgl. **SG München, Urteil vom 22. März 2017, S 39 KR 1148/16, Seite 9; SG Nürnberg, Urteil vom 1. Dezember 2016, Seite 11).**
 - LSG Bayern (L 20 KR 133/17 NZB vom 12.07.2017) „rechtsmissbräuchliches Verhalten“ in der rückwirkenden Anwendung zur Verrechnung.
 - SG Aachen (S 14 KR 515/17 vom 10.07.2018) zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit: Aufgrund der unerwarteten Änderung der Rechtslage unterliegt die Rspr. Des 1. Senates des BSG einem Rückwirkungsverbot
 - SG Reutlingen (S 1 KR 3632/16 vom 14.03.2018) zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit: aufgrund der (vorher) gefestigten Rspr. Unterliegt die Rspr. Wegen des Grundsatzes von Treu und Glauben einem Rückwirkungsverbot
 - a.A: LSG Nordrhein-Westfalen zur Geriatrie zum Alter. LSG bestätigt, dass die Rechtsprechung rückwirkende Geltung hat.

Aus gegebenem Anlass...

OPS 8-981

Relevante Entscheidungen des BSG zur Rechnungsprüfungen



OPS 8-981 und 8-98b Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles

- BSG, Urteil vom 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#)
- BSG, Urteil vom 19.06.2018 (Az.: [B 1 KR 38/17 R](#) und [B 1 KR 39/17 R](#))

Das Bundessozialgericht hat in Abweichung von der vorherigen Entscheidung zur 30minütigen Erreichbarkeit eine neue Bewertung des Merkmales zur 30minütigen Transportzeitraum gefunden.

Mit seiner Entscheidungsbegründung tritt der 1. Senat des BSG damit hinter den Kodierhinweisen des DIMDI als Verfasser der Regelung und seiner Senatsrechtsprechung (Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 8/15R) zurück.

Relevante Entscheidungen des BSG zur Rechnungsprüfungen



- „Die weitere Annahme des LSG, dass die Voraussetzungen des OPS nicht erfüllt sind, wenn die Entfernung nur unter Verwendung von Sondersignalen unter 30 Minuten zurückgelegt werden kann, ist dem Wortlaut hingegen nicht zu entnehmen. Zwar sind - wie das LSG zu Recht ausführt - nicht nur Transporte zwecks Notfallbehandlungen erfasst, sondern auch Transporte, die zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungen durch den Kooperationspartner durchgeführt werden, die keinen Einsatz von Sondersignalen erfordern bzw. rechtfertigen. **Der Wortlaut stellt aber nur auf das Transportmittel ab**, nicht jedoch auf den Einsatz technischer Hilfsmittel zur Beschleunigung des Transports. Hierzu schweigt der OPS. Ob der Transport nur bei Einsatz von Sondersignalen unter 30 Minuten zu bewältigen ist, ist deshalb ebenso wenig von Bedeutung wie die konkreten Witterungs- oder Verkehrsbedingungen bei dem jeweiligen Transport. Ist folglich - unabhängig vom Transportmittel - der Kooperationspartner bei Einsatz von Sondersignalen innerhalb von 30 Minuten erreichbar, ist diese Mindestvoraussetzung erfüllt.“
- vgl BSG, Urteil vom 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R Rd.Nr. 25](#)

Bisher wurden beide OPS-Kodes so auch von dem Klassi-Team des DIMDI beurteilt, dass dies grundsätzlich erfüllbar sein muss - also nicht immer: „... Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, durfte der Kode nicht angegeben werden“.

BSG, Urteil vom 19.06.2018- [B 1 KR 38/17 R](#) nun :

„Dieser Zeitraum beginnt mit der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern, und endet mit der Übergabe des Patienten an die behandelnde Einheit des Kooperationspartners“.

BSG, noch mit Urteil vom 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#)

„Der Wortlaut stellt aber nur auf das Transportmittel ab, nicht jedoch auf den Einsatz technischer Hilfsmittel zur Beschleunigung des Transports.“



Vielen Dank!

Kai Labenski
armedis
RECHTSANWÄLTE