

Abrechnung und Abrechnungsprüfung von Krankenhausbehandlungen

Die Entwicklung der Rechtsprechung
des 1. Senats des
Bundessozialgerichts

von

Dr. Martin Estelmann, RiBSG

(Stand: 28.11.2018)

Gliederung

- A) Grundsätze der Abrechnungsprüfung
 - 1. Begriff der Prüfung der Wirtschaftlichkeit
 - 2. Groupierung und Begriff der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit
 - 3. Gesetzgebung bis 2013
 - 4. Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts
 - 5. Reaktion des Gesetzgebers
- B) Komplexleistungen
 - 1. Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550.)
 - 2. Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-98b)

A) Grundsätze der Abrechnungsprüfung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit

- Frage nach **wirtschaftlichem Alternativverhalten in einem Behandlungskontext**, insbesondere:
 - Ist Krankenhausbehandlung überhaupt und wenn ja in der konkreten Dauer erforderlich (Fehlbelegungsfälle)?
 - Ist Krankenhausbehandlung in der konkreten Art und Weise erforderlich?
 - Ist Versorgung im Rahmen eines einzigen abrechnungstechnischen Behandlungsfalls möglich (z.B. durch Beurlaubung)?

Groupierung

- **Konkret-individueller Behandlungssachverhalt**
- **Abstraktionsebene 1:**
 - Erfassung und Bewertung durch Klassifikationen (ICD 10-GM, OPS): Subsumptionsvorgang
- **Abstraktionsebene 2:**
 - Anwendung von Metaregeln (DKR, FPV): Subsumptionsvorgang
- **Ergebnis: Auswahl der in den Grouper einzugebenden ICD-10-GM und OPS-Angaben sowie weiterer Angaben (z.B. Verweildauer)**
- Durchführung des normenvertraglich vereinbarten **Algorithmus (zertifizierter Grouper)**
 - „automatische“ Ermittlung der Fallpauschale und des ihr zugeordneten Preises

Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit

- Fragen nach der sachlichen (rechtlichen) Einordnung eines Abrechnungssachverhalts, insbesondere:
 - Ist das Krankenhaus zur Leistungserbringung befugt gewesen (Versorgungsauftrag)?
 - Hat es die Klassifikationen und die Kodierregelungen rechtlich zutreffend angewandt (Fehlkodierungen)?
- Berechnungsfehler?

Einführung des DRG-Systems (Fallpauschalengesetz- FPG - vom 23.4.2002)

§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V

Die Krankenkassen sind (...) 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, (...)

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen

Stichprobenprüfung nach § 17c KHG (bis 31.7.2013)

- „Der Krankenhausträger wirkt durch *geeignete* Maßnahmen darauf hin, dass
1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (**Fehlbelegung**),
 2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus **wirtschaftlichen Gründen** unterbleibt,
 3. die **Abrechnung** der nach § 17b vergüteten Krankenhaushfälle **ordnungsgemäß** erfolgt.

(2) Die Krankenkassen gemeinsam können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Verpflichtungen durch Stichproben prüfen. Der Medizinische Dienst ist befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. **Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. (...)**“

Begründung zu § 17c KHG idF des FPG

„Der MDK ist zu verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfungen befugt. Diese sind unverzichtbarer Systembestandteil. Auf Grund der Erfahrungen mit (...) Fehlkodierungen, die zu überhöhten Abrechnungen führen, entgegengewirkt werden muss. **Die Krankenkassen** können bei Eingang der Rechnung zwar formal prüfen, ob für die vom Krankenhaus angegebenen Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren (z. B. Operationen) die entsprechende DRG-Fallpauschale abgerechnet wird. Sie **können jedoch nicht prüfen, ob die angegebenen Diagnosen dem tatsächlichen Behandlungsfall entsprechen.**“

§ 275 Abs 1c SGB V - GKV-

Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007

„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 und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten.“

Seit 25.3.2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz):
300 Euro

Rechtsprechung des 1. BSG-Senats

- § 275 Abs 1 Nr 1 iVm Abs 1c SGB V (Auffälligkeitsprüfung) betrifft nur die Prüfung der Wirtschaftlichkeit
- eigenständige Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit (§ 69 SGB V) neben § 17c KHG aF

insbesondere BSG Urteile vom 1.7.2014 (B 1 KR 15/13 R – BSGE 116, 153; B 1 KR 24/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 2) und vom 25.10.2016 (B 1 KR 22/16 R – BSGE 122, 87)

Rechtsprechung des 1. BSG-Senats

Soweit MDK eingeschaltet wird:

Abgrenzung nach dem ihm erteilten Prüfauftrag

Bei Wirtschaftlichkeitsprüfung:

„Auffälligkeit“ (Anfangsverdacht); Ausschlussfrist
(Beweisverwertungsverbot); ggfs. Aufwandspauschale

Bei sachlich-rechnerischer Prüfung:

„Geringste Anhaltspunkte“ für Unrichtigkeit oder Verletzung
primärer Informationsobliegenheiten und -pflichten (§ 301 SGB
V)

keine Ausschlussfrist, keine Aufwandspauschale

Krankenhausstrukturgesetz (ab 1.1.2016)

(1c) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. (...) **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.**

B. Komplexeleistungen nach dem OPS

1. Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung OPS 8.550

„Insbesondere muss erkennbar sein, welcher jeweils eigenständige Beitrag von jedem der **vier genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie)** für den einzelnen Patienten in Abstimmung mit den anderen Therapiebereichen zur Erreichung des Therapieziels im Rahmen des teamintegrierten Einsatzes erbracht werden kann und noch zu erbringen ist. **Vertreter aller Berufsgruppen müssen dokumentiert bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein.** Hierzu sind alle Teilnehmer individuell und nach ihren Berufsgruppen zu bezeichnen. Denn OPS 8-550 unterscheidet sich von den anderen Prozeduren mit Dokumentationspflicht dadurch, dass sie als einziger vierstelliger OPS-Kode ausdrücklich die Beteiligung aller Berufsgruppen anordnet.“
BSG Urteil vom 19.12.2017 – B 1 KR 19/17 R – juris RdNr 35)

Äußerung des DKG- Hauptgeschäftsführers Baum

„Fehlinterpretationen des Bundessozialgerichts“
„(...) bei der geriatrischen Komplexbehandlung
<geht es> um überzogene Anforderungen an
Teambesprechungen. **In der wöchentlichen
Teambesprechung einen Logopäden nachweisen
zu müssen, wenn über Patienten mit
orthopädischen Problemen gesprochen wird, kann
niemandem verständlich gemacht werden.“**

KH 2018, 881 (Oktober-Heft)

Text des im Jahr 2009 maßgeblichen OPS

„(...)

- Wöchentliche Teambesprechung **unter Beteiligung aller Berufsgruppen** mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- (...)“

Text des OPS 2019

Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt **unter Beteiligung aller Berufsgruppen** einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Die für diesen Kode erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. **Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend**

2. Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls – OPS 8-98b

Die Transportentscheidungen des
Bundessozialgerichts vom 19.6.2018

Andere neurologische Komplexbehandlung des
akuten Schlaganfalls – OPS 8-98b

Zur Kodierung und Vergütung

B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R

Neue, restriktive Auslegung?

„Zur verbindlichen Auslegung von Normen ist allein die rechtsprechende Gewalt berufen, die gemäß Art 92 GG den Richtern anvertraut ist (*BVerfG Beschluss vom 21.7.2010 - 1 BvR 2530/05 ua - BVerfGE 126, 369, 392 = SozR 4-5050 § 22b Nr 9 RdNr 73*). Zum Kernbereich der rechtsprechenden Gewalt gehört aber auch die letztverbindliche Streitentscheidung durch Anwendung des geltenden Rechts, soweit Art 19 Abs 4 S 1 GG den Rechtsweg zu den Gerichten garantiert (*vgl Detterbeck in Sachs, GG, 8. Aufl 2018, Art 92 RdNr 20 f; Schulze-Fielitz in Dreier, GG, 3. Aufl 2018, Art 92 RdNr 33 ff, 36*).“

BSG Urteil vom 21.3.2018 - B 6 KA 59/17 R – juris RdNr 51

Neue, restriktive Auslegung?

„Dem LSG ist insoweit zu folgen, dass die **halbstündige Transportentfernung** nach dem Wortlaut des **OPS (2007) 8-981** nicht auf das schnellste Transportmittel abstellt, sondern **unabhängig vom Transportmittel** gewährleistet sein muss. Erst der OPS 2014 sieht dieses Strukturmerkmal als erfüllt an, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (zB Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist.“

BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 8/15 R - juris RdNr 20

Rückwirkung?

Gleichordnungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

§ 69 Abs 1 S 3 SGB V:

„Für die Rechtsbeziehungen gelten nach den Sätzen 1 und 2 gelten im Übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuch entsprechend, ...“

- Öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch entstanden?
- Anspruchsvernichtende Einwendungen?
- Peremptorische oder dilatorische Einreden?

Sachverhalt

Krankenhaus in Daun/Eifel

mit einer auf die Behandlung des akuten Schlaganfalls spezialisierten Einheit („Stroke Unit“)

Dort nicht möglich:

- neurochirurgische Notfalleingriffe
- gefäßchirurgische Behandlungsmaßnahmen
- interventionell-neuroradiologische Behandlungsmaßnahmen

Kooperationspartner in Trier: Krankenhaus, das diese Leistungen erbringen kann.

Bei fehlenden Sichtflugbedingungen Anforderung von:

Rettungs-Transport-Hubschrauber mit Standort in **Gießen**

Sachverhalt



Auslegung von Abrechnungsbestimmungen

ständige Rechtsprechung des 1. und des 6. BSG Senats, sowie des früher mit dem Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser auch befassten 3. BSG-Senats

- eng am **Wortlaut**
- unterstützt durch **systematische Erwägungen**

Argumente

- Vorgegebenes Vergütungssystem, Bewertungen und Bewertungsrelationen unbeachtlich, deshalb keine wertende Betrachtung.
- Routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen.
- DRG-System ist lernendes System.

Text von OPS 8-98b (Fassung 2014) - Auszug

Mindestmerkmale: Behandlung (...) mit:

(...) **unmittelbarem Zugang** zu neurochirurgischen **Notfall**eingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine **eigene Abteilung im Hause** oder einen **Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende)**). Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.)

Frist zur Hilfe oder Entfernungsangabe? Antwort des BSG:

„Halbstündige Transportentfernung“ ist **Hilfsfrist!**

„... meint die gesamte Zeit, die die **Rettungskette** benötigt, um einen Patienten vom zunächst behandelnden Krankenhaus in die behandelnde Einheit im Kooperationspartner-Krankenhaus zu verlegen. Die Klammerdefinition stellt bewusst auf die Inanspruchnahme des gesamten Rettungstransportsystems ab, auf die Rettungskette, **nicht nur** auf **Teilabschnitte** wie die reine Transportzeit eines Transportmittels.“

Gründe:

Tatbestandsmerkmale

„grundsätzlich erfüllbar“

„unmittelbarer Zugang“ (örtliche und zeitliche Komponente)

„neurochirurgischer Notfalleingriff“

eigene Abteilung im Haus

„höchstens halbstündige Transportentfernung“

Klammerdefinition

Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende

3. a) Reaktionen von DKG, Länderministerien und BMG

Behauptung: BSG gefährde mit seiner Rspr das flächendeckende regionale Stroke-Unit-System.

Aufgabe der Länder:

Landeskrankenhausplanung und infrastrukturelle Ausstattung
(auch Verfügbarkeit von Rettungstransportmitteln)

Kompetenz der Parteien der Fallpauschalenvereinbarung:

Festlegung der Vergütung

„Stroke-Unit light“?

95 % oder 5 %?

„Das wäre das Ende für die meisten Stroke Units gewesen“, meint die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Denn diese Zeiten seien gar nicht einzuhalten. Häufig dauere schon die Anforderung für den Krankentransport mit Rettungswagen oder Hubschrauber eine halbe Stunde. **Zudem bräuchten nur 5 % der Schlaganfallpatienten eine Verlegung in die Neurochirurgie.** Bei 95 % sei das gar nicht indiziert. „Eine solche Fristsetzung führt in der praktischen Anwendung dazu, dass die Komplexbehandlung des Schlaganfalls nur noch in Kliniken durchgeführt werden kann, die selbst über eine neurochirurgische Abteilung verfügen“, erklärt **Dr. Gerald Gaß, Präsident der DKG.**

aus Medical Tribune 20.11.2018;

ähnlich DKG-Hauptgeschäftsführer Baum in KH 2018, 881

3. b) Reaktionen des Gesetzgebers

- Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 10.8.2018
- Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im Ausschussverfahren vom 5.10.2018, **ua** betreffend **Verkürzung der Verjährungsfristen**, für Krankenkassen auch rückwirkend
- Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (BT-Drucks 19/5593) vom 7.11.2018
- 2./3. Lesung am 9.11.2018

§ 325 SGB V

„**Übergangsregelung**“ zu § 109 Abs 5 SGB V

Neuregelung der zweijährigen Verjährungsfrist zum Ende des Kalenderjahres der Anspruchsentstehung für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen

(textliche Fassung des § 325 SGB V im Ausschussbericht am **7.11.2018** – BT-Drucks 19/5593)

„Die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen ist ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind und bis zum [einfügen: Tag der 2./3. Lesung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes = **9.11.2018**] nicht gerichtlich geltend gemacht wurden.“

§ 295 Abs 1 und § 301 Abs 2 SGB V

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz (...) und den Prozedureschlüsseln nach Satz (...) Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.“

Reaktion des DIMDI – OPS 8-98b 2019

Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner, der innerhalb einer halben Stunde zwischen

**Rettungstransportbeginn und
Rettungstransportende (das ist die Zeit, die der
Patient im Transportmittel verbringt) erreichbar
ist.**

Normative Geltung des OPS für die DRG?

Normenvertrag

OPS ist für sich genommen eine bloße Klassifikation.

§ 7 Abs 1, § 8 Abs 1 und 2, § 9 Abs 1, § 11 KHEntgG

Normative Wirkung der jährlich abzuschließenden Fallpauschalenvereinbarung nebst Fallpauschalenkatalog

Zertifizierter Grouper (Algorithmus) als Gegenstand der Fallpauschalenvereinbarung

Algorithmus greift auf Klassifikationen zu (ICD-10-GM und OPS)

Grundlegend: BSG Urteil vom 8.11.2011 – B 1 KR 8/11 R (BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2)

§ 17c KHG

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. **Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung.** Der Schlichtungsausschuss kann auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausesellschaften angerufen werden; die Vertragsparteien nach Satz 1 können weitere Anrufungsrechte einräumen. Bei den Entscheidungen sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. **Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. (...)**

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**