

NEWSLETTER
DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; II/2024

Gesundheitsrecht, insbesondere Krankenhausrecht

1. Lauterbach'sche Krankenhausreform in den Endzügen
2. Lauterbach'sche Krankenhausreform auf verfassungsrechtlich tönernen Füßen
3. Krankenhausplanung NRW vor der Finalisierung
4. OVG NRW: Genehmigung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit nach § 21 Abs. 5 S. 1 KHG
5. LSG Niedersachsen: Behandlungsverbot für Oberschenkelhalsbrüche vorläufig ausgesetzt
6. Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Ab dem Jahr 2027 anteiliger Wegfall des Vergütungsanspruchs beim Nichterfüllen von Mindestanforderungen
7. Verjährungsbeginn der Aufwandspauschale
8. Fortgeltung der Aufrechnungsbefugnis gemäß Übergangsregelung zur PrüfvV
9. Kodierung respiratorischer Anpassungsstörungen bei Neugeborenen
10. Vergütung von Apherese-Thrombozytenkonzentraten
11. Kodierung von obligat anzugebenden Codes
12. Stationäre Behandlung bei kurzzeitigen Krankenhausaufenthalten
13. Nachsorgepflichten eines Krankenhauses
14. Behandlungsleitung bei intensivmedizinischer Komplexbehandlung
15. Mindestmerkmale von Komplexcodes OPS 8-98f und OPS 8-550
16. Anwendbarkeit der GOÄ bei ambulanten Leistungen eines Krankenhauses

17. Kein Austausch von Gründen nach abschließender Leistungsentscheidung
18. Keine Präklusion bei pauschaler Unterlagenanforderung
19. Gesonderte Begründungspflicht bei Abrechnung vollstationärer Notfallbehandlungen
20. Materielle Präklusion bei nicht fristgemäßer Mitteilung der abschließenden Entscheidung durch die Krankenkasse
21. BSG präzisiert Rechtsprechung zur Kodierung (konkurrierender) Hauptdiagnosen

1. Lauterbach'sche Krankenhausreform in den Endzügen

Die Lauterbach'sche Krankenhausreform – konkreter Entwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – befindet sich in der Endphase der parlamentarischen Beratung. Nachdem die zweite und dritte Lesung im Bundestag abgeschlossen wurde, befindet sich das Gesetzgebungspaket nunmehr beim Bundesrat. Einige Bundesländer haben bereits ihre Ablehnung angekündigt. Das wird möglicherweise zu einem Verfahren beim Vermittlungsausschuss führen, dessen Ausgang ungewiss ist. Allerdings hat sich die Bundesregierung auf den Standpunkt gestellt, das Gesetz sei nicht zustimmungspflichtig, sodass ein etwaiger Einspruch durch den Bundestag zurückgewiesen werden kann.

2. Lauterbach'sche Krankenhausreform auf verfassungsrechtlich tönernen Füßen

Mit der Lauterbach'schen Krankenhausreform – konkret mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – wird tief in die Planungshoheit der Bundesländer eingegriffen, da das Recht zur Krankenhausplanung nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) bei den Bundesländern liegt. Tritt das KHVVG in Kraft, wird § 6 Abs. 1a KHG aufgehoben und durch eine Bestimmung über die „Zuweisung von Leistungsgruppen“ ersetzt. Danach ist die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde verpflichtet, einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuzuweisen, für die die in einer Rechtsverordnung des bundesmaßgeblichen Qualitätskriterien zu erfüllen sind. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach dieser Rechtsverordnung (§ 135e Abs. 2 S. 2 SGB V).

Ein solcher Eingriff geht über den bisherigen – verfassungsrechtlichen nicht minder zweifelhaften – Eingriff hinaus, wo nach gemäß § 6 Abs. 1a KHG eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) den zulässigen Inhalt eines Krankenhausplans

festlegte, mit dem ebenfalls Qualitätskriterien verbunden sind. Damit wurde der Inhalt des Krankenhausplans wesentlich durch Festlegungen des G-BA bestimmt, die für den Status des Krankenhauses als Plankrankenhaus von entscheidender Bedeutung sein können. Immerhin erfolgt aber ein solcher Eingriff nur mittelbar über die Kriterien des G-BA in der entsprechenden Richtlinie.

Nunmehr erfolgt der Eingriff direkt durch die Zuweisung von Leistungsgruppen durch die jeweils zuständige Krankenhausplanungsbehörde, die „auf Weisung“ des Bundesministeriums der Gesundheit auf der Grundlage der Rechtsverordnung handelt.

3. Krankenhausplanung NRW vor der Finalisierung

Der neue Krankenhausplan NRW wird nach der 2. Anhörungsrunde, die am 18.11.2024 endete, mit dem angekündigten Erlass der Feststellungsbescheide bis Ende des Jahres 2024 finalisiert werden und bringt wesentliche Neuerungen mit sich. Dazu gehört vornehmlich die Einführung von Leistungsgruppen. Etwa die Hälfte der Leistungsgruppen werden nach der Systematik in NRW nach Diagnosen und Prozeduren den Fällen zugeordnet. Die Umsetzung des Krankenhausplan NRW bringt erhebliche rechtliche Herausforderungen für die Krankenhäuser mit sich. Problematisch ist der Wegfall der aufschiebenden Wirkung von Rechtsbehelfen gegen die Feststellungsbescheide gemäß § 16 Abs. 5 KHGG NRW. Für Krankenhäuser, deren bisheriger Versorgungsauftrag durch Nichtanerkennung einer beantragten Leistungsgruppe beschränkt wird, ergibt sich eine besonders Situation: Die Planungsbehörde geht davon aus, dass für Beschränkungen des Versorgungsauftrags keine Umsetzungsfrist greift. Der bisherige Versorgungsauftrag soll mit Inkrafttreten der Bescheide zum 1.4.2025 enden. Für bestimmte Leistungsgruppen soll es nach einem Schreiben des MAGS vom 5.11.2024 eine Übergangsfrist bis 31.12.2025 geben, die aber wohl nur für den Aufbau neuer LG gelten soll. Bereits auf Basis des letzten Anhörungsschreibens sollten daher alle Konsequenzen der angekündigten Planungsentscheidung durchdacht und Rechtsschutzmöglichkeiten geprüft werden.

Angesichts der Sofortwirkung der Feststellungsbescheide sollten Krankenhäuser frühzeitig die Möglichkeiten des einstweiligen Rechtsschutzes prüfen und vorbereiten. Für den gerichtlichen Rechtsschutz (Hauptsacheverfahren und vorläufiger Rechtsschutz) besteht eine kurze Frist von einem Monat.

4. OVG Münster: Genehmigung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit nach § 21 Abs. 5 S. 1 KHG

In einem von uns geführten Berufungsverfahren vor dem OVG Münster – 13 A 1870/22 – ging es um die Genehmigung und Förderung von zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit nach § 21 Abs. 5 S. 1 KHG, der für jedes bis zum 30.9.2020 aufgestellte oder vorgehaltene Bett einen Betrag von 50.000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorsah. Das OVG Münster hob am 3.9.2024 das klageabweisende Urteil des Verwaltungsgerichts Düsseldorf auf und verurteilte das Land Nordrhein-Westfalen zur Genehmigung der beantragten weiteren Behandlungsmöglichkeiten. Zur Begründung führt es aus, dass das Gesetz zwar die Möglichkeit vorsehe, dass es intensivmedizinische Behandlungskapazitäten ohne Beatmungsmöglichkeit gebe. Beabsichtigt gewesen sei vom Gesetzgeber darüber hinaus auch eine Erhöhung der Gesamtzahl intensivmedizinischer Behandlungsoptionen, sodass in der Gesamtschau allein der Ort des Bettes auf der Intensivstation dieses zu einer intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeit mache, unabhängig von der apparativen Ausstattung auch abseits einer Beatmungsmöglichkeit. Ein bloßes Aufrüsten bereits vorhandener Betten auf der Intensivstation sei damit nicht förderfähig. Im konkreten Einzelfall wurden aber keine Intensivbetten, sondern Betten der Intermediate Care Station aufgerüstet, bei denen es sich nicht um Betten der Intensivstation handelte. Hinsichtlich der Rechtsfrage, ob es zur Beurteilung eines Aufwuchses von Behandlungsmöglichkeiten allein auf die Meldung in IG.NRW an einem konkreten Stichtag ankomme und alle um den Stichtag herum aber nicht am Stichtag selbst aufgestellten und ordnungsgemäß in IG.NRW gemeldeten Betten unberücksichtigt bleiben können, folgte der

Senat unserer Rechtsauffassung, dass eine Zeitraum- und keine Zeitpunktbetrachtung zu erfolgen habe. Damit waren alle zwischen dem 17.03.2020 und 30.09.2020 aufgestellten und in IG.NRW gemeldeten Betten zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob eine Meldung für den konkreten Stichtag der Antragsprüfung vorlag. Das Gericht bestätigte die Rechtsauffassung, dass die Verwaltungspraxis des Landes NRW eine unzulässige materielle Präklusion tatsächlich aufgestellter oder vorgehaltener Behandlungsmöglichkeiten darstelle. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

5. LSG Niedersachsen: Behandlungsverbot für Oberschenkelhalsbrüche vorläufig ausgesetzt

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen hat mit Beschluss vom 30. Oktober 2024, L 4 KR 419/24 B ER, entschieden, dass gegen einen Hinweis einer Krankenkasse auf ein Behandlungs- und Abrechnungsverbot Widerspruch mit aufschiebender Wirkung eingelegt werden kann. Somit können die Patienten vorerst weiter versorgt werden. Ausgangspunkt war ein Eilantrag eines Krankenhauses im ländlichen Raum, in dem der Medizinische Dienst (MD) eine Kontrolle durchgeführt hatte. Dabei stellte der MD fest, dass die Qualitätsanforderungen für die Versorgung von Oberschenkelhalsbrüchen nicht vollständig erfüllt waren, weil am Wochenende kein Geriater zur Verfügung stand. Infolgedessen übersandte die Krankenkasse ein Schreiben an das Krankenhaus, wonach diese Leistungen nicht mehr erbracht und abgerechnet werden dürften.

Das Krankenhaus erhob Widerspruch und argumentierte, dass ein Leistungsverbot neben einer fehlenden Rechtsgrundlage auch unverhältnismäßig sei. Es komme zu einer Gefährdung der Versorgungslage im Einzugsgebiet, da Patienten mit akutem Operationsbedarf über weite Strecken transportiert werden müssten. In den wenigen Häusern, die nach den Kontrollen des MD noch operieren dürften, bestünden bereits erhebliche Engpässe. Nach einem Unfall müsse die Operation innerhalb von 24 Stunden erfolgen, was in diesen Fällen nicht immer gewährleistet sei.

Den Widerspruch hielt die Kasse für unstatthaft, da es sich nach ihrer Ansicht um ein reines Informationsschreiben und keinen Verwaltungsakt handelte. Das LSG hat die Position des Krankenhauses bestätigt. Die Krankenkasse hätte demnach nicht nur allgemeine Hinweise verschickt, sondern einen behördlichen Verwaltungsakt erlassen. Das bedeutet, dass Gesetze und Richtlinien zur konkreten Umsetzung einer zusätzlichen Entscheidung im Einzelfall bedürfen. Maßnahmen, die Sanktionen verhängen, gelten als hoheitlicher Akt. Deshalb habe ein Widerspruch gegen solche Maßnahmen aufschiebende Wirkung, das heißt, die Sanktion werde bis zur Klärung im Hauptsacheverfahren nicht wirksam. Erst dann werde geprüft, ob ein vollständiger Ausschluss von Leistungen und Abrechnung nach dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ eventuell unverhältnismäßig ist und gegen höheres Recht verstößt.

6. Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen berücksichtigt nun aktuelle AWMF-Leitlinie – Ab dem Jahr 2027 anteiliger Wegfall des Vergütungsanspruchs beim Nichterfüllen von Mindestanforderungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) inhaltlich weiterentwickelt. Ab dem Jahr 2027 erfolgt bei Krankenhausstandorten, die die Mindestanforderungen nicht erfüllen, für die konkret von der Nichterfüllung betroffenen Tage eine anteilige Kürzung der Vergütung. Anders verhält es sich mit den sogenannten weiteren Qualitätsanforderungen: Ein Nichterfüllen der weiteren Qualitätsanforderungen wird erfasst, führt jedoch nicht zu einem Vergütungswegfall. Für jeden Behandlungstag, an dem nicht alle Mindestanforderungen gemäß dieser Richtlinie erfüllt wurden, entfällt der Vergütungsanspruch für alle vom Anwendungsbereich dieser Richtlinie erfassten Behandlungsfälle, für die Leistungen an diesem Tag am Standort erbracht wurden. Zur Bestimmung der konkreten Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird in einem ersten Schritt die DRG-Fallpauschale des Behandlungsfalles durch seine individuelle Verweildauer in Tagen geteilt. Die individuelle Verweildauer in Tagen ist der Zeitraum vom Beginn bis zum Ende der Leistungserbringung für den jeweiligen Behandlungsfall. Der so

ermittelte Wert stellt die individuelle Vergütungspauschale pro Tag dar. In einem zweiten Schritt ist die individuelle Vergütungspauschale pro Tag mit der Summe aller Belegungstage des Behandlungsfalls zu multiplizieren, bei denen die Mindestanforderungen nicht erfüllt wurden. Der so ermittelte Wert stellt die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs für den einzelnen Behandlungsfall dar. Zur Berechnung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs für sämtliche betroffenen Behandlungsfälle werden die Werte für die einzelnen Behandlungsfälle addiert.

Sieht der G-BA in der Qualitätssicherungsrichtlinie keinen Vergütungsausschluss vor, verneint die Rechtsprechung eine Kürzungsmöglichkeit der Krankenkassen. So hat das Sozialgericht Detmold in einem von uns vertretenen Fall mit Urteil vom 08. Dezember 2023 S 3 KR 2980/20 (nicht rechtskräftig) entschieden, dass ein seitens der Krankenkasse unterstellter Verstoß gegen die Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen des G-BA (MHI-RL) keine Streichung des OPS 5-35a.41 und damit verbundenen Vergütungsausschluss bewirke. Einen einschränkungslosen Automatismus zwischen Nichterfüllung von Anforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien und Vergütungsausschluss stehe § 137 Abs. 1 SGB V entgegen, wonach vom G-BA im Rahmen eines gestuften Sanktionssystems auch ein Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen werden „kann“. Nach den §§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 Satz 1 Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie des G-BA (QFD-RL) sei die Festlegung der Voraussetzungen eines Wegfalls der Vergütung jedoch den einzelnen themenspezifischen Richtlinien vorbehalten, was seine Grundlage in § 137 Abs. 1 Satz 6 SGB V habe (vgl. auch § 3 Abs. 1 QFD-RL). Folgerichtig werde in der QFD-RL nicht bestimmt, was unter einer Mindestanforderung im Einzelnen zu verstehen sei. Diese Festlegungen und weitere Konkretisierungen seien vielmehr den jeweiligen Einzelrichtlinien vorbehalten. Da in der MHI-RL kein Wegfall oder Minderung des Vergütungsanspruchs vorgesehen sei, scheide eine Einschränkung des Vergütungsanspruchs des klagenden Krankenhauses mangels Rechtsgrundlage aus. Dem lasse sich auch nicht damit begegnen, aus dem Fehlen einer entsprechenden Regelung in der jeweiligen Einzelrichtlinie anknüpfend an die bis zum 31. Dezember 2015 geltende Rechtslage doch wieder einen Vergütungsausschluss zu schlussfolgern.

(vgl. *Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, 2023, § 109 SGB V, Rdnr. 171*). Denn hierdurch würde das Regelungssystem des § 137 Abs. 1 SGB V ignoriert. Der Gesetzgeber habe die zu der alten Fassung von § 137 Abs. 1 SGB V ergangene Rechtsprechung des BSG gerade zum Anlass der Neufassung der Vorschrift genommen und einen Wegfall des Vergütungsanspruchs unter Bindung an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz (*ultima ratio*) ausdrücklich dem Regelungsvorbehalt des G-BA unterstellt. Ein Vergütungsverlust ohne dessen Anordnung durch den GB-A sei hiermit unvereinbar.

Zu einem ähnlich lautenden Urteil des LSG Sachsen-Anhalt welches in seiner Entscheidung vom 12.10.2023 - L 6 KR 75/21₂ darauf abstellt, dass § 137 Abs. 1 SGB V in der ab dem 01.01.2016 gültigen Fassung einem Automatismus zwischen Nichterfüllung von Anforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien und vollständigem Vergütungsausschluss entgegensteht. Die Revision ist derzeit beim BSG anhängig, B 1 KR 30/23 R.

7. Verjährungsbeginn der Aufwandspauschale

Bereits mit Beschluss vom 18.09.2023, B 1 KR 6/23 B, hatte das BSG in einem von uns geführten Verfahren um eine Nichtzulassungsbeschwerde der Krankenkasse gegen eine Entscheidung des LSG NRW vom 07.12.2022 (L 10 KR 102/22) bestätigt, dass der Anspruch eines Krankenhauses auf Erstattung der Aufwandspauschale entsprechend dem in § 45 SGB I zum Ausdruck kommenden allgemeinen Rechtsgedanken einer vierjährigen Verjährungsfrist unterliegt. Ob mit Inkrafttreten des neuen § 109 Abs. 5 SGB V und der neuen zweijährigen Verjährungsfrist für Krankenhausabrechnungen etwas anderes gilt, war nicht zu entscheiden, weil es sich um einen Altfall handelte. Nunmehr hat das BSG mit Urteil vom 12.12.2023, B 1 KR 32/22 R, festgestellt, dass die kurze zweijährige Verjährungsfrist ab dem Inkrafttreten von § 109 Absatz 5 Satz 1 SGB V auch für Ansprüche auf Rückerstattung von Aufwandspauschalen analog gelte. Mit Inkrafttreten des § 109 Absatz 5 Satz 1 SGB V zum 1. Januar 2019 der Gesetzgeber eine eigenständige Verjährungsregelung für die Verjährung von Ansprüchen im Leistungsverhältnis

zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern geregelt habe. Diese sei auf Aufwandspauschalen analog anzuwenden. Die entsprechende Anwendung der zweijährigen Verjährungsfrist anstelle des in § 45 SGB I zum Ausdruck kommenden allgemeinen Rechtsprinzips der vierjährigen Verjährung im Sozialrecht drängt sich damit auf. Zudem vermeide die analoge Anwendung des § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V auf ab dem 1.1.2019 entstandene Ansprüche auf Aufwandspauschalen oder deren Erstattung im Wesentlichen eine Zersplitterung der Verjährungsregeln im Krankenhausvergütungsrecht.

Nachdem das BSG mit Urteil vom 12.12.2023, B 1 KR 32/22 R, festgestellt hatte, dass Ansprüche der Krankenhäuser auf Erstattung der Aufwandspauschale ab dem Jahre 2019 einer zweijährigen Verjährungsfrist unterliegen, hat es nunmehr am 28.08.2024, B 1 KR 23/23, geklärt, ab wann die Verjährungsfrist zu laufen beginnt. Dies sei entgegen der Ansicht einiger Krankenkassen nicht bereits mit Behandlungsdatum, der Einleitung eines Prüfverfahrens oder dem Erlass der abschließenden Leistungsentscheidung der Fall. Der Anspruch auf die Aufwandspauschale entsteht vielmehr, sobald eine Abrechnungsminderung bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise jedenfalls faktisch ausgeschlossen ist. Dafür ist es ohne Belang, ob die Rechnung ursprünglich richtig war. Der Anspruch kann daher auch mit Abgabe eines Anerkenntnisses der Kasse in einem Klageverfahren um die ursprüngliche Vergütungsforderung entstehen, da die Prüfung erst dann ohne eine Minderung des Abrechnungsbetrage endet, wenn die Krankenkasse entweder aufgrund eigener Entscheidung oder aber aufgrund eines rechtskräftigen Urteils den vollen Rechnungsbetrag endgültig gegen sich gelten lässt. Rechtlich unerheblich ist zudem, ob die Kasse diese Entscheidung vor Einleitung eines Erörterungsverfahrens, im Erörterungsverfahren oder erst später im Laufe eines gerichtlichen Verfahrens getroffen hat, wie bereits das SG München mit Urteil vom 17.06.2024, S 18 KR 140/24, entschieden hatte.

8. Fortgeltung der Aufrechnungsbefugnis gemäß Übergangsregelung zur PrüfvV

Das BSG hat am 28.08.2024 in mehreren Entscheidungen (B1 KR 18/23 R, B 1 KR 24/24 R, B 1 KR 25/24 R, B 1 KR 23/24 R) die Übergangsregelung zur PrüfvV, wonach die Krankenkassen für einen Übergangszeitraum noch zur Aufrechnung von Erstattungsansprüchen berechtigt waren, bestätigt. Es sei mit höherrangigem Recht vereinbar, dass das am 01.01.2020 in § 109 Abs. 6 AGB V in Kraft getretene Aufrechnungsverbot durch die PrüfvV als kollektivvertragliche Regelung ausgesetzt wurde. Die Entscheidungen betreffen Aufrechnungen im Jahr 2021. Nicht entschieden wurde die Frage, ob Krankenkassen auch 2022, also zu einem Zeitpunkt, zu dem die Übergangs-PrüfvV nicht mehr galt, ihren Erstattungsanspruch gegen unstreitige Passivforderungen der Krankenhäuser für ab dem 1.1.2022 aufgenommene Patienten aufrechnen dürfen. Das BSG geht allerdings in dem bislang vorliegenden Terminbericht explizit von einer lediglich übergangsweisen Suspendierung des Aufrechnungsverbots aus.

9. Kodierung respiratorischer Anpassungsstörungen bei Neugeborenen

Das Sozialgericht Detmold hat sich in einer Entscheidung vom 08.05.2024, S 5 KR 294/21, mit der Abbildung von Atmungsstörungen in der Perinatalperiode - also bis zum 7. Lebenstag eines Neugeborenen - befasst. Zugrunde lag ein respiratorisches Versagen eines Neugeborenen, das nicht unmittelbar nach der Entbindung, sondern erst am 3. Lebenstag auftrat und behandelt werden musste. Krankenkassen vertreten diesbezüglich häufig die Ansicht, derartige Störungen seien grundsätzlich über den ICD P22.- (sonstige Atemnot beim Neugeborenen) abzubilden. Das Sozialgericht sieht dies jedoch zu Recht differenzierter und stimmte dem von uns vertretenen Krankenhaus hinsichtlich des Ansatzes des ICD P28.5 (respiratorisches Versagen beim Neugeborenen) zu. Grundsätzlich erfasst das Klassifikationssystem des ICD-10 unter Kapitel XVI alle Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben. Die erste dort genannte Gruppe behandelt Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind (P20 – P29). Die aufgeführten Kategorien beziehen sich auf unterschiedliche

Ursachen der Störung des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems und sollen alle in dieser Phase auftretenden Erkrankungen und Symptome abbilden. Die Differenzierung erfolgt im Wesentlichen nach dem Zeitpunkt und/oder der Ursache der Atemstörung (P20.-: Sauerstoffmangel bereits im Mutterleib; P21.-: Erstickungsanzeichen unter der Geburt; P23.-, P27.-: angeborene Pneumonie bzw. chronische Atemwegskrankheit). Insofern ist in der Rückschau unter Berücksichtigung aller vorliegenden Befunde zu prüfen, in welche Kategorie das aufgetretene Symptom der Atemstörung einzuordnen ist.

Im vorliegenden Fall war die bei dem Neugeborenen aufgetretene respiratorische Störung mit einer Neugeboreneninfektion in Zusammenhang zu bringen und daher zutreffend in der Kategorie der P28.- zu verschlüsseln. Die Einordnung als „Sonstige Atemnot beim Neugeborenen“ (P22.5) war nach Ansicht des SG nicht spezifischer. Die Kategorie P22.- erfasse die Atemnot beim Neugeborenen, die in der Regel unmittelbar nach der Geburt aufträte. Das Neu- oder Frühgeborene zeige dann Zeichen der Dyspnoe oder ein Stöhnen, was nicht zwangsläufig mit einem Sauerstoffbedarf verbunden sein müsse. Diese Symptome stünden (insbesondere bei Frühgeborenen) im Zusammenhang mit einer noch unreifen Lunge und einem Mangel an Surfactant, was zum Atemnotsyndrom des Früh- / Neugeborenen führen könne. In diesen Fällen erfolgt eine Kodierung über die P22.-. Die weiteren Unterkategorien dort zeigen, dass ebenfalls Zustände abgebildet werden, die unmittelbar nach der Geburt oder wenige Stunden danach auftreten und mit dem (zu frühen) Geburtsvorgang in Verbindung stehen. Vorliegend traten die Probleme mit der Atmung jedoch gerade nicht direkt nach der Entbindung auf und wurden zu diesem Zeitpunkt weder diagnostiziert noch behandelt. Im Übrigen spreche gegen den Ansatz des ICD P28.5 auch nicht der Umstand, dass die Überschrift im Klassentitel der Kategorie P22.- ein Exklusivum enthalte, das auf das respiratorische Versagen beim Neugeborenen (P28.5) verweise. Das "Exkl." eines Codes besage damit nur, dass mit dem im Exklusivum genannten Code eine Erkrankung anderer Genese bzw. ein nicht regelhaft enthaltener Zustand abgegrenzt (klassifiziert) werde. Folglich können beide Codes auch nebeneinander verwendet werden, wenn die Erkrankungen/Zustände sowohl als auch beim Patienten vorliegen und diagnostisch voneinander abgrenzbar seien.

10. Vergütung von Apherese-Thrombozytenkonzentraten

Das Sozialgericht Detmold hat in mehreren von uns geführten Verfahren (S 3 KR 3003/20; S 32 KR 82/23; S 32 KR 11/23) Ansprüchen der Krankenhäuser auf Vergütung des Einsatzes von Apherese-Thrombozytenkonzentraten (ATK) anstelle von Poolkonzentraten (PTK) stattgegeben und sich dabei auf Stellungnahmen des für die Aufbereitung und Einschätzung von Risiken der Blutprodukte ATK und PTK zuständig Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) gestützt. Das SG betont, dass im Rahmen der gerichtlich durchzuführenden Würdigung der medizinischen Umstände des jeweiligen Einzelfalls Stellungnahmen von fachkundigen Stellen, wie dem PEI, zu berücksichtigen sind. Unerheblich sei, ob diese Stellungnahmen zeitlich vor dem jeweils strittigen Behandlungsfall lagen oder auf diesen konkret Bezug nehmen, da das PEI hierin keine neuen Erkenntnisse mitteile, sondern lediglich den bereits im Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung bestehenden Stand der medizinischen Wissenschaft wiedergäbe, der von den behandelnden Ärzten zu berücksichtigen war. Das PEI stelle insofern maßgeblich darauf ab, dass zwischen ATK und PTK Unterschiede aufgrund der Herstellungsweise im Hinblick auf die potentielle Generierung und/oder Verstärkung einer Immunantwort beim Patienten bestünden. Demgemäß sei Möglichkeit der Entstehung einer sog. Refraktärität bei der Gabe von PTK erhöht, weil diese nicht aus dem Blut eines einzelnen, sondern dem Blut von vier bis sechs Spendern gewonnen werden. Es gäbe daher bestimmte Patientengruppen oder Behandlungssituationen, bei denen bevorzugt ATK verwendet werden sollten, z.B. bei vorhersehbar weiterem Transfusionsbedarf oder langwierigen und komplexen Herz-Thoraxchirurgischen Eingriffen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine.

11. Kodierung von obligat anzugebenden Kodes

Das LSG Niedersachsen-Bremen hat sich mit Urteil vom 19.03.2024, L 16 KR 485/22, mit der Frage beschäftigt, unter welchen Voraussetzungen die nach den Deutschen Kodierrichtlinien obligatorisch anzugebenden Schlüsselnummern, sog. Ausrufezeichenkodes, kodiert werden können. Strittig war insbesondere die Frage, ob es eines eigenständigen, vom Primärkode unabhängigen Ressourcenverbrauchs bedarf, was das LSG verneint. Im zugrundeliegenden Fall waren die ICD-Codes U80.4! U80.5! (*Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern*) umstritten. Hierbei handelt es sich um Ausrufezeichenkodes, die gemäß dem Kapitel „Mehrfachkodierung“ D012i DKR 2015 als Sekundärkode nicht alleine, sondern nur zusammen mit einem passenden Primärkode verschlüsselt werden dürfen. Primärkode war hier ein über den ICD N30.0 kodierter Harnwegsinfekt, welcher das Patientenmanagement unstrittig durch einen Ressourcenaufwand beeinflusst hatte. Das LSG weist vor diesem Hintergrund darauf hin, dass mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete sekundäre Schlüsselnummern zum Teil optional, in anderen Fällen obligatorisch anzugeben sind. Der Kode U80.-! sei ausweislich der Tabelle 2 in D012i der DKR obligat anzugeben. Obligat bedeute dabei in Abgrenzung zu den optional anzugebenden Kodes aus Tabelle 1, die angegeben werden können, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll erscheint, dass diese Kodes bei jedem Vorliegen zwingend zu verschlüsseln seien. Für die Kodes U80.4! und U80.5! sei auch kein eigenständiger, vom Primärkode unabhängiger Ressourcenverbrauch fordern. Den Ausrufezeichenkodes lägen keine eigenständigen Krankheiten zugrunde, sondern sie spezifizierten einen anderen ICD-Kode. Entgegen dem Grundsatz, dass eine Krankheit mit genau einem Kode so spezifisch wie möglich zu kodieren ist, finde bei der Mehrfachkodierung in den in der DKR D012i abschließend aufgeführten Fallgruppen die Verschlüsselung ein und derselben Erkrankung mit mehreren Kodes statt. Aus diesem Grunde beziehe sich auch der geforderte Ressourcenaufwand auf die so spezifizierte Krankheit insgesamt. Bei einer anderen Auslegung der Kodierrichtlinien wäre die Kodierung vieler Ausrufezeichenkodes praktisch kaum denkbar.

12. Stationäre Behandlung bei kurzzeitigen Krankenhausaufenthalten

Mit Urteil vom 20.03.2024, B 1 KR 37/22 R, hat sich das BSG erneut mit der Abgrenzung einer stationären von einer ambulanten Behandlung bei äußerst kurzen Krankenhausaufenthalten befasst. Im entschiedenen Fall wurde bei einer schwangeren Versicherten eine sog. äußere Wendung bei Beckenendlage des Fötus durchgeführt. Der komplikationslose Eingriff dauerte wenige Minuten, die Versicherte befand sich insgesamt rund vier Stunden im Krankenhaus. Für den Fall des Auftretens von Komplikationen bestand während des Aufenthaltes eine Sectiobereitschaft in räumlicher und personeller Hinsicht, da der Operationssaal, ein Gynäkologe, ein Anästhesist und nichtärztliches Personal exklusiv für die Versicherte geblockt worden waren. Die Krankenkasse lehnte eine Vergütung als stationäre Leistung ab.

Das BSG entschied, dass aus rechtlicher Sicht eine stationäre Behandlung im Rechtssinne erfolgt sei. In Abgrenzung zur ambulanten Behandlung sei insoweit maßgeblich, wie intensiv die besonderen Mittel eines Krankenhauses tatsächlich eingesetzt bzw. nach dem zum Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung aufgestellten Behandlungsplan in Anspruch genommen werden sollten. Als besondere Mittel des Krankenhauses gelten eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und jederzeit präsent oder rufbereites ärztliches Personal. Vor diesem Hintergrund gehörten zwar isoliert betrachtet die Mittel, die für den streitgegenständlichen Eingriff in Form der äußeren Wendung eingesetzt wurden, nicht zu den besonderen Mitteln des Krankenhauses. Maßgeblich sei jedoch die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Hintergrundabsicherung. Die Inanspruchnahme der besonderen Mittel des Krankenhauses läge insofern auch dann vor, wenn diese während der Durchführung einer ärztlichen Behandlung wegen des damit verbundenen Risikos schwerwiegender Komplikationen exklusiv vor- und freigehalten worden seien. Denn auch in diesem Fall würden die besonderen Mittel des Krankenhauses ausschließlich für die betreffende Versicherte eingesetzt und dadurch verbraucht, dass sie in dieser Zeit nicht anderweitig verwendet werden konnten. Darauf, ob die vor- und freigehaltenen personellen und räumlichen

Ressourcen tatsächlich zum Einsatz gekommen seien, komme es letztlich nicht an.

13. Nachsorgepflichten eines Krankenhauses

Mit Urteil vom 4. Juni 2024, VI ZR 108/23, hat der Bundesgerichtshof (BGH) in einem Zivilverfahren um die Geltendmachung von Schmerzensgeldansprüchen festgestellt, dass Krankenhäuser verpflichtet sind, für eine sachgerechte Nachbehandlung eines Patienten nach der Entlassung aus stationärer Behandlung zu sorgen. Im zugrundeliegenden Fall war ein ehemaliges Frühgeborenes entlassen worden, ohne dass Vorkehrungen für eine für die Erhaltung der Sehkraft elementare augenärztliche Untersuchung an einem bestimmten Termin getroffen worden waren. Bei zeitgerechter Kontrolle hätte eine spätere Erblindung des Kindes verhindert werden können.

Der BGH entschied, dass Krankenhäuser unter den Voraussetzungen des § 115a SGB V zum einen berechtigt seien, gesetzlich Versicherte im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung weiter zu behandeln (nachstationäre Behandlung) und zum anderen gemäß § 39 Abs. 1a SGB V verpflichtet seien, für eine sachgerechte Anschlussversorgung nach der Krankenhausbehandlung zu sorgen (Entlassmanagement). Demnach sei es Aufgabe des Krankenhauses, in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen und die gebotene Anschlussversorgung fachlich zu strukturieren und zu konkretisieren sowie die vorgesehenen konkreten Abläufe mit den daran Beteiligten zu koordinieren. Vor diesem Hintergrund hätte eine Verpflichtung bestanden, die für die Erhaltung der Sehkraft des Kindes elementare augenärztliche Abschlussuntersuchung zu veranlassen.

In diesem Sinne hätte das Krankenhaus zum Schutz des ihm anvertrauten Patienten – wenn es eine nachstationäre Behandlung nicht für erforderlich hielt – zumindest in Absprache mit den Eltern frühzeitig Kontakt mit einem weiterbehandelnden Augenarzt aufnehmen und für einen

rechtzeitigen Termin für die Untersuchung des Patienten sorgen müssen. Dieses Versäumnis sei als Befunderhebungsfehler zu werten.

14. Behandlungsleitung bei intensivmedizinischer Komplexbehandlung

Der OPS 8-980 setzt für die Abrechnung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung u.a. das Mindestmerkmal der „Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin“ voraus. Der zeitliche Umfang der erforderlichen Anwesenheit bzw. der möglichen Abwesenheit des Behandlungsleiters wird im OPS nicht definiert. Das BSG hat diesbezüglich mit Urteil vom 25.06.2024, B 1 KR 20/23 R, nunmehr klargestellt, dass aus einer eng am Wortlaut orientierten und durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung des OPS 8-980 folge, dass ein solcher Facharzt zumindest einmal täglich persönlich auf der Intensivstation anwesend sein müsse und im Übrigen eine durchgehende Rufbereitschaft bestehe. Dies trage auch den Besonderheiten der intensivmedizinischen Behandlung dahingehend Rechnung, dass behandlungsleitende Entscheidungen auch unvorhergesehen zu jeder Zeit kurzfristig erforderlich werden könnten. Da es sich um einen Behandlungsfall aus 2016 handelte, setzte sich das BSG in seiner Entscheidung leider nicht mit der seit dem 01.01.2021 geltenden Klarstellung des BfArM gem. § 295 Abs. 1 Satz 8 und § 301 Abs. 2 Satz 6 SGB V auseinander. Das BfArM hatte darin festgehalten, dass mit dem Begriff der Behandlungsleitung in den jeweiligen OPS-Kodes keine Vorgaben zur Anwesenheit, Patientenkontakten und Teilnahme an den Teambesprechungen oder Visiten verbunden seien, es sei denn es bestünden kodespezifische Vorgaben.

15. Mindestmerkmale von Komplexcodes OPS 8-98f und OPS 8-550

Die auf dem Ansatz bestimmter Prozedurenschlüssel (OPS) beruhenden Vergütungsbestandteile der Abrechnung von Krankenhäusern sind häufig Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen, da insbesondere die Vielzahl an strukturellen Mindestmerkmale in den sog. Komplexcodes von Krankenkassen und Krankenhäusern unterschiedlich ausgelegt werden. So sieht der OPS 8-98f für die aufwändige intensivmedizinische Komplexbehandlung unter anderem die tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie vor. Einige Krankenkassen folgern hieraus, dass diese auch jeden Tag durchzuführen sei, es sei denn, es bestehe eine Kontraindikation, welche sodann für die jeweiligen Tage gesondert dargelegt werden müsse. Das SG Duisburg folgte dieser erweiternden Auslegung des OPS in von uns vertretenen Verfahren mit Urteilen vom 26.04.2024, S 31 KR 2075/21 sowie S 31 KR 2292/21, nicht. Das Merkmal der „täglichen Verfügbarkeit“ der Physiotherapie im OPS setze nach dem eindeutigen Wortlaut nur das Vorhalten im Sinne einer abstrakt generellen Möglichkeit zur Erbringung der Physiotherapieleistungen, nicht jedoch deren tatsächlich Inanspruchnahme voraus. Im Bestreitensfalle könne das tägliche Vorhalten dieses Therapiebereichs durch Dienstpläne nachgewiesen werden. Eine Dokumentationsverpflichtung des Krankenhauses dahingehend, warum an bestimmten Tagen keine Physiotherapie durchgeführt wurde, enthalte der OPS ebenfalls nicht.

Hinsichtlich des im OPS 8-550 für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung geforderten Einsatzes einer bestimmten Anzahl von Therapieeinheiten aus den Bereichen der Physiotherapie, physikalischen Therapie und Ergotherapie hat sodann das SG Detmold mit Urteil vom 25.04.2024, S 32 KR 965/22, zu Recht darauf hingewiesen, dass der Nachweis einer „Therapeuten-Patienten-Bindung“ in Gestalt einer ständigen Anwesenheit des Therapeuten nicht erforderlich ist. Soweit sich den Auslegungshinweisen der MDK-Gemeinschaft etwas anderes entnehmen lasse, handele es sich hierbei um reine Hinweise, welche nicht bindend seien. Maßgeblich sei nach ständiger Rechtsprechung des BSG allein Wortlaut des OPS.

16. Anwendbarkeit der GOÄ bei ambulanten Leistungen eines Krankenhauses

Mit Urteil vom 4. April 2024 – III ZR 38/23 – hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden, dass die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auch dann maßgeblich ist, wenn ein Arzt für eine juristische Person eine Behandlung durchführt. Im entschiedenen Fall hatte ein Krankenhaus eine mehrtätige ambulante Behandlung (sog. Cyber-Knife-Bestrahlung) durchgeführt, welche nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für gesetzlich krankenversicherte Patienten enthalten war. Mit dem Patienten wurde nach Ablehnung der Kostenübernahme durch seine gesetzliche Krankenkasse eine private Kostenübernahmevereinbarung geschlossen, welche unter der Bezeichnung „Cyberknife Komplexleistung“ einen Pauschalbetrag vorsah. Der Patient zahlte diesen Betrag vollständig, forderte ihn jedoch später unter Hinweis darauf zurück, die Pauschalpreisvereinbarung widerspräche den zwingend heranzuziehenden Bestimmungen der GOÄ. Die auf Erstattung des Rechnungsbetrags gerichtete Klage gegen das Krankenhaus hatte auch in letzter Instanz Erfolg. Der BGH entschied, dass eine derartige Pauschalpreisvereinbarung mit § 2 Abs. 1, 2 GOÄ unvereinbar und deshalb gemäß § 125 Satz 1 BGB bzw. § 134 BGB nichtig sei. Da das Krankenhaus seine Vergütung ausschließlich pauschal und nicht – wenigstens hilfsweise – nach der GOÄ berechnet habe, sei es zur Rückzahlung des gesamten Rechnungsbetrags verpflichtet. Der in § 1 Abs. 1 beschriebene Anwendungsbereich der GOÄ, wonach sich die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte zwingend nach dieser Verordnung bemesse (soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist), setze nicht voraus, dass Vertragspartner des Patienten ein Arzt ist, sondern dass die Vergütung für die beruflichen Leistungen eines Arztes geltend gemacht wird. Die GOÄ finde deshalb auch dann Anwendung, wenn der Behandlungsvertrag mit einer juristischen Person, zum Beispiel einem Krankenhausträger, abgeschlossen werde und ambulante Leistungen durch Ärzte erbracht werden, die lediglich im Rahmen eines Anstellungs- oder Beamtenverhältnisses in der Erfüllung ihrer eigenen Dienstaufgaben tätig werden und selbst mit dem Patienten keine Vertragsbeziehung eingehen. Letztlich konnte das Krankenhaus die Vereinbarung eines Pauschalhonorars auch nicht mit dem Einwand rechtfertigen, dass die Cyberknife-Bestrahlung

bislang im Gebührenverzeichnis zur GOÄ nicht aufgeführt war, da gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ Leistungen, die in das Verzeichnis noch nicht aufgenommen sind, im Wege der Analogberechnung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden können.

17. Kein Austausch von Gründen nach abschließender Leistungsentscheidung

Mit Urteil vom 26.03.2024 – S 17 KR 600/21, hat das Sozialgericht Duisburg (ebenso wie bereits das SG Gelsenkirchen mit Urteil vom 01.12.2022 – S 46 KR 1162/20) in einem von uns vertretenen Verfahren klargestellt, dass es einer Krankenkasse nach Abschluss eines Prüfverfahrens nicht möglich ist, ihren Erstattungsanspruch in einem sich anschließenden gerichtlichen Verfahren auf eine über den in der Prüfanzeige und Leistungsentscheidung mitgeteilten Prüfgegenstand hinausgehende Begründung zu stützen. Im zugrunde liegenden Fall war als Fragestellung des Prüfverfahrens eine mögliche Fallzusammenführung genannt worden; der Medizinische Dienst hatte diese bejaht und die Kasse hierauf beruhend ihren Erstattungsanspruch nach § 8 der PrüfV geltend gemacht. Im Gerichtsverfahren berief sich die Kasse auf Grundlage eines gerichtlich eingeholten Sachverständigengutachtens darauf, dass die Behandlung nicht leitliniengerecht und damit nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt sei. Das Sozialgericht wies dieses Vorbringen als verfristet zurück. Die Frist zur Mitteilung der abschließenden Leistungsentscheidung einschließlich der hierfür maßgeblichen wesentlichen Gründe stelle gemäß § 8 der PrüfV eine Ausschlussfrist dar. Vorliegend habe sich die Prüfung ausschließlich auf eine Fallzusammenführung und damit das Wirtschaftlichkeitsgebot bezogen, das spätere Berufen auf eine mögliche Verletzung des Qualitätsgebots stelle einen Austausch des Prüfgegenstandes dar und sei nach Ablauf der Frist des § 8 der PrüfV nicht zulässig.

18. Keine Präklusion bei pauschaler Unterlagenanforderung

Mit Urteil vom 07.02.2024 hat das LSG NRW in einem von uns geführten Verfahren (L 11 KR 1091/21) bestätigt, dass eine unkonkrete Unterlagenanforderung des Medizinischen Dienstes im Rahmen eines Prüfverfahrens nicht zu einer Präklusion führt, selbst wenn aus dem Prüfgegenstand ersichtlich ist, dass dieser nur anhand bestimmter Unterlagen beantwortet werden kann. Im entschiedenen Fall hatte die Krankenkasse eine Auffälligkeitsprüfung eingeleitet; ausweislich der Prüfanzeige war als Prüfgegenstand die Anzahl der abrechenbaren Beatmungsstunden genannt. Es wurden keine konkret bezeichneten Unterlagen angefordert, sondern pauschal um „Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen gebeten, die geeignet seien, den Prüfgegenstand zu beantworten“. Das Krankenhaus übersandte fristgerecht umfangreiche Unterlagen, jedoch versehentlich keine Beatmungsprotokolle. Diese wurden erst im gerichtlichen Verfahren vorgelegt und konnten letztlich die vom Krankenhaus zugrundeliegenden Beatmungsstunden bestätigen. Die Kasse berief sich darauf, dass diese Unterlagen aufgrund nicht fristgerechter Vorlage der materiellen Präklusion unterlagen und daher den Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht stützen könnten. Das LSG stellt jedoch ebenso wie bereits das BSG (Urteil vom 10.11.2021, B 1 KR 22/21 R) darauf ab, dass eine Unterlagenanforderung des Medizinischen Dienstes im Hinblick auf die einschneidenden Folgen einer unterlassenden Übersendung konkret, präzise und klar sein müsse. Eine konkrete Bezeichnung könne in der vorliegenden Konstellation auch nicht aus dem Sachzusammenhang, mithin dem jeweiligen Prüfauftrag abgeleitet werden. Es sei originäre Aufgabe des MD, die Anspruchsprüfung durch Unterlagenauswahl zu konzentrieren. Läge bereits keine konkrete Unterlagenanforderung vor, so werde diese auch nicht durch die akzessorische Mitwirkungsobliegenheit des Krankenhauses nach § 7 Abs. 2 S. 3 der PrüfV 2016 umgangen, da diese Mitwirkungsobliegenheit nicht durch eine pauschale Unterlagenanforderung gar nicht erst ausgelöst werden könne.

19. Gesonderte Begründungspflicht bei Abrechnung vollstationärer Notfallbehandlungen

Mit Urteil vom 29.08.2023, B 1 KR 15/22 R (wir berichteten), hat das BSG seine vielfach kritisierte Schockraumrechtsprechung wieder aufgegeben und klargestellt, dass eine kurzzeitige Notfallbehandlung im Krankenhaus bei zeitnaher Verlegung in ein anderes Krankenhaus keine ambulante Behandlung, sondern eine konkludente stationäre Aufnahme begründe, sofern die Notfallbehandlung eine „hohe Intensität“ aufweise. Jene könne sich bereits aus dem Einsatz verschiedener und in ihrem engen zeitlichen und örtlichen Verbund nur stationär verfügbarer diagnostischer Maßnahmen ergeben. In den nun veröffentlichten tragenden Gründen führt das BSG hinsichtlich des Nachweises dieses besonderen Mitteleinsatzes allerdings überraschend eine gesonderte Informationspflicht des Krankenhauses ein und begründet diese mit einem „Informationsgefälle“ zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Hiernach wird künftig bei Abrechnungen von kurzzeitigen (voll)stationären Notfallbehandlungen mit Verlegung des Patienten in ein anderes Krankenhaus binnen weniger Stunden eine Vergütung des erstbehandelnden Krankenhauses erst dann fällig, wenn aus den mit der Abrechnung mitgeteilten Daten der konkrete intensive Mitteleinsatz deutlich wird. Dies erfordert nach Ansicht des BSG grundsätzlich mehr als die Kodierung von Nummern des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) und Diagnosen des ICD-10-GM, da hieraus der für eine konkludente Aufnahme in das Krankenhaus erforderliche intensive Mitteleinsatz nicht bereits ohne Weiteres ablesbar sei. Anders verhalte es sich nur dann, wenn die kodierten OPS-Kodes untrennbar mit einem solchen intensiven Mitteleinsatz zumindest „regelhaft verbunden“ seien. Sei es zu keinem intensiven Mitteleinsatz gekommen, müsse zusätzlich der Behandlungsplan dargestellt und erläutert werden, dass er im Zeitpunkt des Behandlungsentschlusses noch Verwirklichungschancen hatte und warum es nicht zu seiner Durchführung kam. Mit dieser gesonderten Begründungspflicht, deren Umfang weit über die in § 301 SGB V normierten Tatbestände der Datenübermittlung hinausgeht und die Krankenhäuser vor erhebliche Herausforderungen stellt, legt das BSG leider ein weiteres Mal den Grundstein für eine Vielzahl von Abrechnungsstreitigkeiten, da weder eine allgemein anerkannte Definition des „intensiven Mitteleinsatzes“ vorliegt noch eindeutig ersichtlich ist, welche Diagnosen und Prozeduren

diesen „regelhaft“ abbilden sollen.

20. Materielle Präklusion bei nicht fristgemäßer Mitteilung der abschließenden Entscheidung durch die Krankenkasse

In einem von uns vertretenen Verfahren hat das LSG NRW zugunsten des Krankenhauses mit Urteil vom 01.02.2024 (L 5 KR 357/22) unter Aufhebung eines anderslautenden erstinstanzlichen Urteils entschieden, dass die in § 8 Satz 3 PrüfvV niedergelegte Frist zur Mitteilung der abschließenden Entscheidung und der wesentlichen Gründe zwar nicht als materiell-rechtliche Ausschlussfrist anzusehen sei, die Regelung jedoch im Sinne einer materiellen Präklusion wirke mit der Konsequenz, dass die beklagte Krankenkasse nach Ablauf der Frist eine abschließende Entscheidung nicht mehr nachholen und eine entsprechende Begründung nicht mehr vorlegen kann. In dem entschiedenen Fall konnte die Beklagte den fristgerechten Zugang ihrer Leistungsentscheidung gem. § 8 S. 3 PrüfvV nicht beweisen, so dass sie den von ihr behaupteten Erstattungsanspruch weder gem. § 9 S. 1 PrüfvV aufrechnen noch diesen selbständig im Rahmen einer Hilfswiderklage erfolgreich durchsetzen konnte, weil auch im Klageverfahren eine entsprechende Begründung nicht mehr berücksichtigt werden durfte. Aus diesem Grund ist auch der durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens erhobene Beweis des erstinstanzlichen Sozialgerichts und dessen Ergebnis nicht verwertbar. Durch eine Beweiserhebung im gerichtlichen Verfahren würde der Sinn und Zweck der Regelung ansonsten unterlaufen. Das LSG NRW hat die Revision zugelassen, weil eine höchstrichterliche Entscheidung zu der hier streitentscheidenden Frage, ob § 8 S. 3 und 4 PrüfvV eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist beinhaltet und ob dies von der Ermächtigungsnorm gedeckt ist, bislang nicht existiert.

21. BSG präzisiert Rechtsprechung zur Kodierung (konkurrierender) Hauptdiagnosen

Nach der Kodierregel DKR D002f wird eine Hauptdiagnose definiert als Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist. Hierbei kommt es nicht auf die subjektive oder objektiv erzielbare Einweisungs- oder Aufnahmediagnose an, sondern allein auf die ex-post-Betrachtung der Aufnahmegründe am Ende der Krankenhausbehandlung. Wenn zwei oder mehrere Diagnosen gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD-10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine Verschlüsselungsanweisungen geben, ist diejenige Diagnose als Hauptdiagnose auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Bislang ungeklärt war, ob auch dann zwei konkurrierende Hauptdiagnosen vorliegen, wenn zwar zwei stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen bestehen, jedoch im Zeitpunkt der Aufnahme eine von ihnen gar keine behandlungsbedürftige Symptomatik aufwies und diese Erkrankung erst im Verlauf des Aufenthaltes als stationär behandlungsbedürftig diagnostiziert wird. Diese Frage hat das BSG nun mit Urteil vom 29.08.2023, B 1 KR 25/22 R, beantwortet: Liegen – ex-post betrachtet – schon bei Aufnahme ins Krankenhaus mehrere Leiden objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind, sind diese – vorbehaltlich spezieller Regelungen – immer nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten. Das gilt unabhängig davon, welche Leiden bei der Aufnahmeuntersuchung erkannt wurden oder erkennbar waren. Es spielt deshalb keine Rolle, ob der Patient bei der Aufnahme ins Krankenhaus Symptome aufwies, anhand derer die zunächst unerkannt gebliebene Diagnose erkennbar gewesen wäre, da die „Veranlassung des stationären Aufenthalts“ grundsätzlich nicht subjektiv ex ante, sondern objektiv ex post zu verstehen sei.