

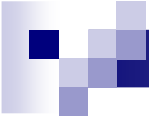
# Aktuelle Urteile zur stationären Krankenhausabrechnung

Highlights 2012

**Referent:**

**Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr**  
Fachanwalt für Medizinrecht, Mainz  
© Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr

Herbstsymposium DGfM e. V. am 02.10.2012  
Frankfurt am Main

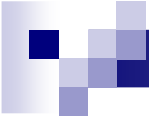


## BSG Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R Ausschlussfrist gem. § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V

§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V stellt eine Ausschlussfrist für die Krankenkassen dar

### Der Fall:

Die Krankenkasse hat das Krankenhaus zur Begründung aufgefordert, warum ein Schlaflabor-Patient stationär aufgenommen und behandelt wurde. Das Krankenhaus hatte eine kardiorespiratorische Polysomnographie durchgeführt. Das klagende Krankenhaus gab keine weitere Auskunft und verwies auf den übermittelten Datensatz nach § 301 SGB V und das Prüfungsrecht der Krankenkasse. Die Krankenkasse unterließ in der Folge die Beauftragung des MDK. Gestützt auf § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V erhob das Krankenhaus Zahlungsklage.



## **BSG Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R Ausschlussfrist gem. § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V**

### **Die Entscheidung:**

Im Rahmen dieser Entscheidung hat das BSG eine Grundsatzentscheidung zur Frage gefällt, ob § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V eine Ausschlussfrist für die Krankenkassen darstellt. Dies hat das BSG bejaht. Es hat festgestellt, dass die in § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V vorgesehene 6-Wochen-Frist eine Ausschlussfrist darstellt. Diese Einwendungs-Ausschluss-Frist ist auch in sozialgerichtlichen Verfahren beachtlich und schränkt den Amtsermittlungsgrundsatz ein. Die Ausschlussfrist hat Sperrwirkung in dem Sinne, dass im Widerstreit hierzu erlangte Beweisergebnisse nicht verwertet werden dürfen (Verwertungsverbot).

**(BSG, Urteil vom 16.05.2012, B 3 KR 14/11 R)**



## **BSG Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R**

### **Weitere Fragestellungen, die das BSG im Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 – aufwirft**

Gilt die Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V nur dann, wenn die Krankenkasse eine Prüfung des MDK veranlasst hat?

Sieht die Vereinbarung zu § 301 SGB V die Möglichkeit einer schriftlichen Begründung zum Aufnahmegrund nach § 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V vor?



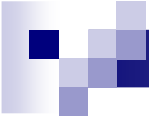
## BSG Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R

### Weitere Fragestellungen, die das BSG im Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 – aufwirft

Besteht eine zusätzliche Begründungspflicht außerhalb des Datenträgeraustauschverfahrens beim ambulanten Operieren (AOP-Vertrag)?

Was bedeutet nach BSG Sachverhaltsermittlung auf der 1. Stufe?

In diesem Zusammenhang verweist das BSG auf das dreistufige Prüfungsverfahren, das es mit Urteil vom 22.04.2009 – B 3 KR 24/07 R entwickelt hat.



## **Exkurs: BSG-Urteil vom 22.04.2009 - B 3 KR 24/07 R Dreistufiges Prüfungsverfahren**

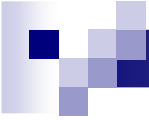
Das BSG geht von einem dreistufigen Prüfverfahren mit gesetzlichen oder vertraglichen Auskunftspflicht- und Mitwirkungspflichten aus.

**Erste Stufe: Sachverhaltsermittlung aufgrund der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V durch die KK**

In § 301 Abs. 1 SGB V ist abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der KK bei einer Krankenhausbehandlung zu übermitteln sind.

**Behandlungsunterlagen** gehören nicht hierzu.

**Ist die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 1 SGB V fehlerhaft oder nicht vollständig, wird die Vergütungsforderung nicht fällig.**



## Exkurs: BSG-Urteil vom 22.04.2009 - B 3 KR 24/07 R Dreistufiges Prüfungsverfahren

**noch Erste Stufe:** Vertraglich normierte Auskunfts- und Mitwirkungspflicht

Stellungnahme des KH zu einzelnen Behandlungsfällen.

Erläuterung des KH anhand eines Kurzberichtes.

z. B. § 2 Abs. 1 Satz 2, Satz 3 KÜV Bayern

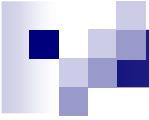
§ 2 Abs. 1 Satz 2, Satz 3 KÜV RLP

§ 2 Abs. 1 Satz 2, Satz 3 KÜV NRW

§ 19 des Landesvertrages Niedersachsen zu § 112 Abs. 2 Ziff. 1,2,4 und 5 SGB V

Bezieht sich auf Notwendigkeit und/oder Dauer der stationären Behandlung einzelner Fälle („**keine Regelanfrage**“).

**Diese Berichtspflicht umfasst nicht die Übersendung von ärztlichen Unterlagen an die KK.**



## **Exkurs: BSG-Urteil vom 22.04.2009 - B 3 KR 24/07 R Dreistufiges Prüfungsverfahren**

### **Zweite Stufe: Sachverhaltserhebung aufgrund eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V**

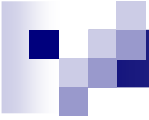
Dem MDK sind die Daten nach § 301 SGB V sowie weitere der KK vorliegende Unterlagen **von der KK** zur Verfügung zu stellen (§ 276 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Reichen die vom KH erteilten Informationen zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht aus, ist der MDK von der Krankenkasse einzuschalten.

In § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist eine Pflicht für die KK normiert, bei Zweifeln über die Erbringung von Leistungen, insbes. zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang sowie bei Auffälligkeiten eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

Es handelt sich um Einzelfallprüfungen, die zeitnah durchzuführen sind (§ 275 Abs. 1c Satz 1 und 2 SGB V).





## **Exkurs: BSG-Urteil vom 22.04.2009 - B 3 KR 24/07 R Dreistufiges Prüfungsverfahren**

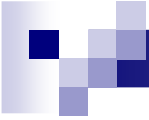
**Dritte Stufe: Sachverhaltserhebung aufgrund eines  
Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V**

In der dritten Stufe hat der MDK das Recht, über die 301er Daten und den Kurzbericht hinaus weitere Unterlagen anzufordern, die im Einzelfall zur Beantwortung der Anfrage der Krankenkasse benötigt werden.

**Rechtsgrundlage:** § 276 Abs. 2 Satz 1, HS 2 SGB V

Danach sind die Krankenhäuser verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist.

**Die Anforderung von Krankenunterlagen an den MDK ist durch diese Rechtsvorschrift gedeckt.**



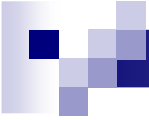
## **Exkurs: BSG-Urteil vom 22.04.2009 - B 3 KR 24/07 R Dreistufiges Prüfungsverfahren**

### **Rechtsfolgen der fehlenden Mitwirkung des KH:**

Fehlt es an einer durch Gesetz oder Vertrag vorgeschriebenen Mitwirkung des KH, kann das Sozialgericht ohne weitere Beweisaufnahme in der Sache entscheiden und den geltend gemachten Anspruch als nicht erweislich ansehen, also die Klage abweisen.

Dies folgt aus § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I, der einen allgemeinen Rechtsgedanken verkörpert. Danach kann bei Verletzung von Mitwirkungspflichten und dadurch bedingter erheblicher Erschwerung der Sachverhaltsaufklärung die begehrte Leistung ohne weitere Ermittlungen versagt werden, soweit ihre Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Dies gilt erst Recht, wenn die Aufklärung des Sachverhaltes absichtlich erschwert wird (vgl. § 66 Abs. 1 Satz 2 SGB I).

Aus der Abrechnungsbeziehung KH / KK folgert das BSG gegenseitige Obhutspflichten.

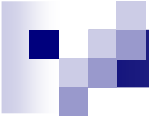


## BSG Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R Verletzung der Mitwirkungspflicht durch KH

### Verletzung der Mitwirkungspflicht des KH auf der 1. Stufe der Sachverhaltsermittlung:

Das KH muss vollständige Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V machen. Grundlage hierfür ist die Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V.

Hierzu bedarf es nach Auffassung des BSG **bei besonderer Fallgestaltung** einer zusätzlichen Begründung, die auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig ist (s. § 3 Abs. 2 Datenübermittlungsvereinbarung).



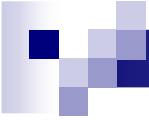
## BSG Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R Verletzung der Mitwirkungspflicht durch KH

Erläuterung des VRi BSG Dr. Hambüchen am 11.09.2012 (Vortrag vor der Krankenhausgesellschaft Sachsen gem. Manuskript):

**„Bei stat. KrH-Behandlung, die ausdrücl. dem vertragsärztlichen Bereich zuzuordnen ist, bedarf es für die Fälligkeit der KrH-Rechnung einer zusätzlichen Begründung zum Grund der Aufnahme (§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).“**

Rechtsfolgen der Verletzung der zusätzlichen Begründungspflicht:

- Die Sechs-Wochen-Frist nach § 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V wird nicht in Gang gesetzt – somit keine Ausschlussfrist für Einwendungen der KK
- Evtl. Untergang des Zahlungsanspruches (?)



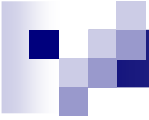
## BSG Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R Verletzung der Mitwirkungspflicht durch KH

§ 2 Nr. 3 DÜV lautet:

**„den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung“**

§ 3 Abs. 2 DÜV lautet:

**„Für die medizinische Begründung nach § 2 Nr. 3 sowie die Angaben nach § 2 Nr. 8 ist auch eine Übermittlung in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.“**



## BSG Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R Verletzung der Mitwirkungspflicht durch KH

§ 3 Abs. 2 DÜV nimmt auf § 2 Nr. 3 DÜV Bezug. Dort wird nur im Zusammenhang mit der Überschreitung der angegebenen VD von einer medizinischen Begründung geredet. Keine medizinische Begründung für den Aufnahmegrund.

Fehlinterpretation des BSG?

Andere Verfahrensweise wäre nicht rechtskonform (§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).



## LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 18.07.2012 – L 4 KR 15/10

### Der Fall:

Im KH wurde eine vollstationäre Herzkatheteruntersuchung durchgeführt und die DRG F66Z (2008) abgerechnet.

Das LSG stellte fest, dass zwischen den Beteiligten unstrittig sei, dass die Herzkatheteruntersuchung in der Regel Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher ambulant durchzuführen sei.

Die KK beauftragte den MDK, der bei periinterventionell erhöhtem RR 1 Belegungstag für nachvollziehbar hielt.

Das KH hielt den gesamten Krankenhausaufenthalt für notwendig und erhob Klage.



## LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 18.07.2012 – L 4 KR 15/10

### Die Entscheidung:

Zunächst stellt das LSG fest, dass das KH die Notwendigkeit der KH-Behandlung der KK nicht mitgeteilt hat (lässt sich nicht aus den Akten entnehmen). Die Forderung ist daher nicht fällig geworden (erste Stufe der Sachverhaltserhebung).

Das KH wäre verpflichtet gewesen, ausreichende Angaben zum Grund der Krankenhausaufnahme mitzuteilen (Verweis auf BSG Urteil vom 14.05.2012 – B 3 KR 14/11 R), da die Herzkatheteruntersuchung dem vertragsärztlichen Bereich zugewiesen sei. Es sei eine zusätzliche Mitteilung i. S. d. § 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V erforderlich gewesen.

Die fehlenden Angaben können auch nicht mehr nachgeholt werden. Verstoß gegen Treu und Glauben.

**(LSG Urteil vom 18.07.2012 – L 4 KR 15/10 – nicht rechtskräftig –)  
Revision: B 3 KR 28/12**



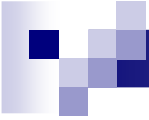


**BSG-Urteil vom 12.07.2012 - B 3 KR 15/11 R  
Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 FPV**

**Das Krankenhaus trägt auch die Verantwortung für unvermeidbare  
Komplikationen – Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 FPV**

**Der Fall:**

Zu entscheiden war die Frage, ob unvermeidbare Komplikationen in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallen und daher bei Wiederaufnahme innerhalb der OGVD eine Fallzusammenführung vorzunehmen ist.



## BSG-Urteil vom 12.07.2012 - B 3 KR 15/11 R Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 FPV

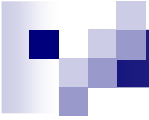
### Die Entscheidung:

Das BSG entscheidet zu Gunsten der Krankenkassen und der Versichertengemeinschaft und bejaht eine Fallzusammenführung.

Es entwickelt 3 Kategorien für den Verantwortungsbereich.

1. Kategorie: Fehler und Mängel bei ärztlicher oder pflegerischer Behandlung.

- Verantwortungsbereich KH




## BSG-Urteil vom 12.07.2012 - B 3 KR 15/11 R Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 FPV

2. Kategorie: Weisungswidriges, unvernünftiges Verhalten des Patienten, externe Ursachen, z. B. Fehler in der Weiterbehandlung durch Hausarzt, Verkehrsunfall

- Verantwortungsbereich Patient/KK

3. Kategorie: Komplikationen, die typischerweise oder auch ausnahmsweise auftreten und nicht auf ein irgendwie geartetes Fehlverhalten im KH zurückzuführen sind und nicht zur 2. Kat. gehören.

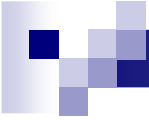
- Verantwortungsbereich KH



## **BSG-Urteil vom 12.07.2012 - B 3 KR 15/11 R Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 FPV**

### **Ergebnis:**

Das Krankenhaus trägt daher regelmäßig das Risiko von innerhalb der oberen Grenzverweildauer auftretenden Komplikationen, soweit sie nicht auf das Verhalten des Versicherten oder Dritter zurückzuführen sind.

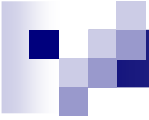


## BSG Urteil vom 12.09.2012 – B 3 KR 10/12 R Mindestmengenregelung des GBA für Knie- TEP

### Der GBA war grundsätzlich berechtigt eine Mindestmengenregelung für Knie- TEP vorzugeben

Im Gegensatz zum LSG Berlin-Brandenburg (Urt. v. 17.08.2011 – L 7 KA 77/08 KL) sieht das BSG die vorliegende Studienlage als ausreichenden Nachweis für den besonderen Zusammenhang zwischen Menge der erbrachten Leistungen und der Qualität der Leistungserbringung an (§ 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V).

Es bedürfe keiner belastbaren wissenschaftlichen Belege zum Nachweis. Es reicht aus, dass die vorliegenden wissenschaftlichen Belege untermauern, dass die Erwartung berechtigt ist, dass die Güte der Leistungserbringung in besonderem Maße auch von der Erfahrung und Routine der Ärzte beeinflusst ist.



## BSG Urteil vom 12.09.2012 – B 3 KR 10/12 R Mindestmengenregelung des GBA für Knie-TEP

Das BSG stellt jedoch weitere Fragen in den Vordergrund:

- Von welchen Annahmen und Erwägungen ließ sich der GBA bei der Festlegung auf 50 OP **pro KH/Jahr** leiten?
- Ist diese Festlegung vertretbar?
- Warum erfolgte keine Festlegung auf den Operateur?
- Wurden in hinreichender Weise Ausnahmetatbestände geschaffen?

**Das BSG wies daher den Rechtsstreit an das LSG zurück**

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**

