

Kassen verhalten sich wie „die Lemminge“

Massenpanikverhalten der Kostenträger führt zu
unnötigem volks- und betriebswirtschaftlichen Schaden

Auch wenn der Mythos des (hirnlosen) Sterbens der putzigen Tierchen durch den Dokumentarfilmer Walt Disney nur hollywoodgerecht in Szene gesetzt wurde, sind in dem Verhalten der Krankenkassen als Reaktion auf die Neuregelung der Verjährungsfrist im PpSG zahlreiche Parallelen aus dem Oscar®-prämierten Dokumentarfilm von 1958 zu erkennen.

Leider haben sich die Kostenträger durch die von allen Experten des DRG-Systems nicht nachvollziehbare Rechtsprechung und einfach falsche OPS-Interpretation des BSG dazu verleiten lassen, zigtausend Klageschriften termingerecht zum 09. November 2018 in die Briefkästen der Sozialgerichte zu werfen, um die drohende Verjährung der Fälle aus 2014, 2015 und 2016 durch das PpSG zu vermeiden. Damit lösen sie aufgrund ihres aus unserer Sicht ungerechtfertigten und von welcher Seite auch immer gewollten Panikverhaltens einen volks- und betriebswirtschaftlichen Schaden aus, der in der deutschen Krankenhausgeschichte einmalig sein dürfte.

Und das nur, weil sich das Bundessozialgericht in seinen Urteilen zur geriatrischen Komplexbehandlung (**19.12.2017/** Az.:B1KR19/17R) sowie zur neurologischen Komplexbehandlung (**19.06.2018/** Az.:B1KR38/17R und B1KR39/17KR) über klare OPS-Vorgaben hinwegsetzt und diese (für sich) neu definiert.

Aus unserer Sicht besteht allerdings aus mehreren Gründen keine Legitimation der Krankenkassen, für diese Altfälle ein Klageverfahren einzuleiten. Die aktuell bereits gestartete Verrechnung dieser fragwürdigen Ansprüche im wahrscheinlich zwei- bis dreistelligem Millionenumfang mit aktuellen Fällen wirft die Frage auf: War das von den Krankenkassen angesichts dieses logistischen Aufwands von langer Hand geplant?

Für die (andere) neurologische Komplexbehandlung wurde bereits im Jahr 2007 vom DIMDI in seinen FAQ zum OPS Nr. 8033 klargestellt, wie die hier in den Mindestmerkmalen geforderte Transportzeit zu berechnen ist. Diese Aussage wurde infolge des BSG-Urteils im September 2018 vom DIMDI noch einmal mit anderen Worten, aber inhaltlich gleichbleibend wie vorher konkretisiert und ist auch für den letzten Ignoranten dem neuen OPS für 2019 zu entnehmen.

Im PpSG ist nun geregelt, dass das DIMDI ab dem 01. Januar 2019 Klarstellungen auch für die Vergangenheit vornehmen darf.

Somit müsste jedem Beteiligten und vernünftig Denkenden klar sein, dass diese Definition der Transportzeit des DIMDI so auch für die Vergangenheit gelten wird.

Das DIMDI übernimmt also nicht die absurde BSG-Definition, die nicht nur realitätsfern, sondern auch falsch ist. Das DIMDI stellt zum wiederholten Male klar, dass die Transportentfernung genau so gemeint war, wie sie Kliniken und auch die meisten Kostenträger und der MDK seit Jahren verstanden und gelebt haben.

Ungeachtet dieser Tatsache klagen die Kostenträger ob der vermeintlich fetten Beute und hoffen durch ihre Drohgebärden und Verrechnungen die Krankenhäuser dazu zu bringen, finanzielle Zugeständnisse zu machen.

Nicht nur das: Durch aktuell bereits laufende Verrechnungen und notwendige Rückstellungen bringen sie viele Krankenhäuser in eine finanzielle Schieflage bis hin zur drohenden Insolvenz. Ist das gewollt? Ist das Panik? Oder die Angst, etwas zu versäumen? Es ergibt sich der Eindruck, dass dieses Vorgehen systematisch geplant war.

Die betriebswirtschaftlichen Auswirkungen für das einzelne Krankenhaus haben wir bereits am 20. Juni 2018 ausführlich dargestellt und sind an dieser Stelle für vier Krankenhäuser noch einmal exemplarisch abgebildet:

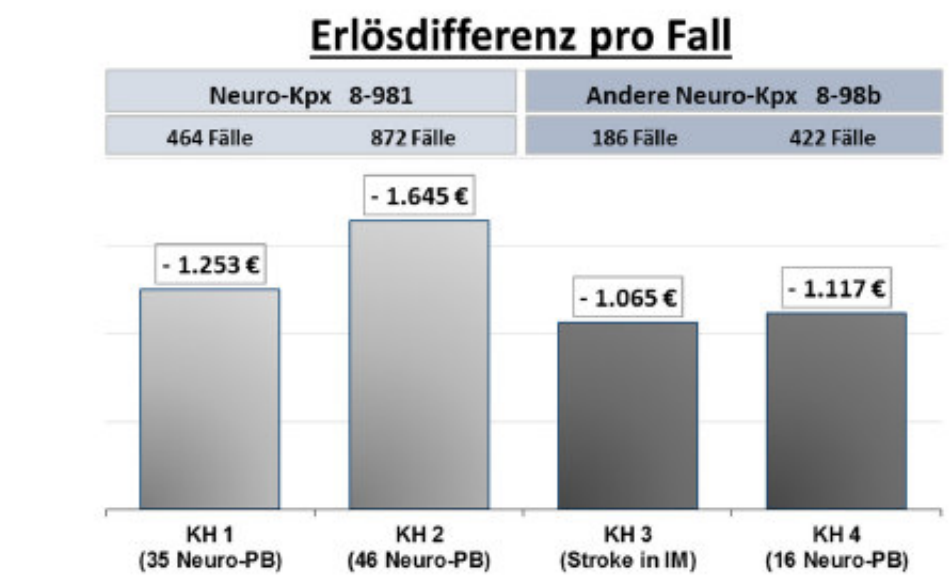


Abbildung 1: Erlösverlust pro Stroke Unit-Fall

Budgetverlust

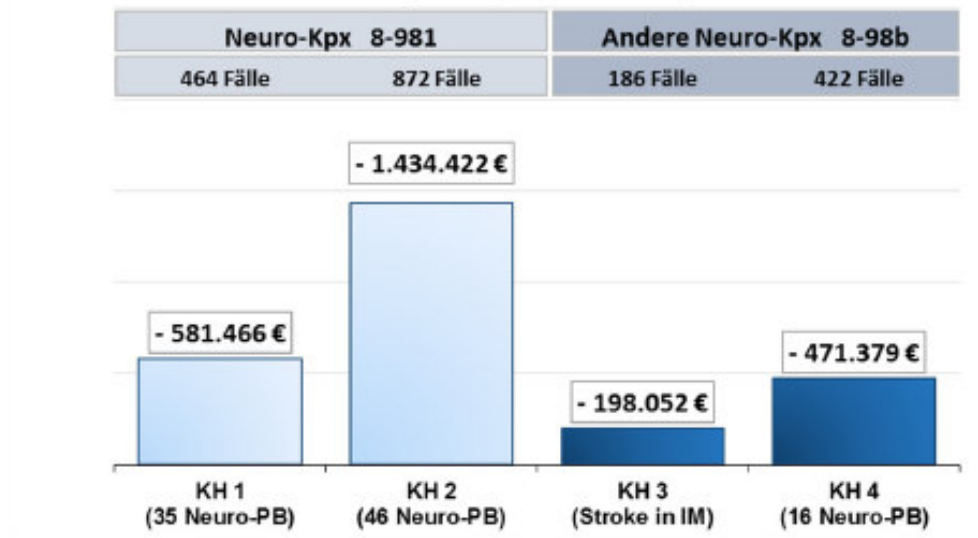


Abbildung 2: Budgetverlust Krankenhaus

(s. dazu auch: „BSG-Urteil zur halbstündigen Transportentfernung: Katastrophale Folgen für die neurologische Versorgung in Deutschland“; www.kaysers-consilium.de/ Downloadbereich)

Die Flut der in der letzten Woche eingegangenen Klagen wird - sollte die Politik hier nicht noch eingreifen – in fast allen Bundesländern zu Verrechnungen führen und den betroffenen Krankenhäusern einen enormen Liquiditätsengpass bescheren. Das diese Klagewelle natürlich auch über die nächsten Jahre Sozialgerichte, Anwaltskanzleien und Krankenkassen- sowie Krankenhausmitarbeiter/-innen beschäftigen dürfte, sollte allen Beteiligten bewusst sein.

War das mit der Verabschiedung des PpSG am 09. November 2018 so gewollt?

Und das alles, weil sich der 1. Senat des Bundessozialgerichts bzw. dessen handelnde Richter/-innen seit mehreren Jahren über die Regeln der Selbstverwaltung hinweg setzen konnten, ohne dass die Politik sich in ausreichendem Maße um klärende bzw. flankierende Maßnahmen gekümmert hat. Auch die Selbstverwaltung muss sich fragen lassen, warum es im Rahmen der Erstellung der PrüfV, der Weiterentwicklung der Fallpauschalenvereinbarung, der Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien und bei der Verabschiedung der ICD-, OPS- und DRG-Kataloge kaum zu einer inhaltlichen Klarstellung und Verbesserung gekommen ist – trotz aller auf Klinik- und Kostenträgerseite bekannten Probleme und den „Bundesschlichtungsausschuss“. Eine volkswirtschaftliche Katastrophe biblischen Ausmaßes bahnt sich an. Mit einem Schaden in Millionenhöhe, dessen Gesamtumfang noch nicht abzusehen ist.

Warum dürfen die Krankenkassen aus unserer Sicht alte Fälle aus den Jahren 2014, 2015, 2016 und bis zur Veröffentlichung der BSG-Urteile nicht mehr zur Klage bringen?

Die vom BSG neu interpretierten Mindestmerkmale der (anderen) neurologischen und der geriatrischen Komplexbehandlung wurden seit ihrer Einführung sowohl von Krankenhäusern, Krankenkassen und MDK-Prüfer/-innen in den meisten Fällen übereinstimmend ausgelegt.

Diese Sichtweise wurde in abertausenden Einzelfallprüfungen in sämtlichen Bundesländern ebenso wie in zahlreichen Strukturprüfungen durch die Medizinischen Dienste bestätigt. Sogar in der Onlinepräsenz des Kompetenzzentrums Geriatrie beim MDK Nord (<https://kcgeriatrie.de>) waren die allgemein üblichen Anforderungen für die geriatrische Komplexbehandlung nachzulesen.

Somit haben sich sowohl die kodierenden als auch die zahlenden und prüfenden Institutionen darauf verlassen – bis zu den zitierten BSG-Urteilen.

Jetzt versuchen die Krankenkassen mit dem Hinweis auf den im Jahr 2014 neu erfundenen Rechtsbegriff der „sachlich-rechnerischen“ Richtigkeit alle alten Fälle noch fristgerecht zur Klage zu bringen, da es sich ja bei zu überprüfenden ICD- und OPS-Kodes um denselbigen Tatbestand handele.

Um diese Logik verstehen und auf die Klagewelle angewendet nachvollziehen zu können, versuchen wir im Folgenden die beiden Sachverhalte „sachlich-rechnerische Richtigkeit“ und die „6-Wochen-Frist“, in der eine Krankenkasse nach Eingang der Rechnung eine Prüfung einleiten muss, historisch abzubilden.

Im Begründungstext des Urteils S4 KR 255/16 des Sozialgerichts Fulda (23.02.2018) ist vom urteilenden Richter der Rechtsschutz in einem Rechtsstaat im Zusammenhang mit der BSG-Rechtsprechung betont worden und sei im Folgenden noch einmal zitiert:

*„Wäre alternativ anzunehmen, dass die Kategorie der sachlich-rechnerischen Richtigkeit auch schon seit der Einführung der Aufwandspauschalenregelung am 1. April 2007 parallel existierte, es aber bis zum 1. Juli 2014 von niemandem, auch dem 1. Senat des BSG nicht, nicht zur Kenntnis genommen wurde, sondern sich alle Rechtsanwender und -unterworfenen in einem **Rechtsirrtum** befunden haben.*

Vor Begründung der in BSGE 116, 165, begonnenen Rechtsprechung wurde von keinem der Beteiligten erwogen, dass eine Kategorie der Prüfung der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ neben dem Prüfregime des § 275 SGB V existieren könnte und für die eben jene Regeln nicht gelten.“ Und weiter heißt es dort:

„Aus dem römisch-rechtlichen Grundsatz „error communis facit ius“ ergäbe sich damit die Folgerung, dass die Kategorie der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ keine Rechtswirkung beanspruchen könnte und somit alle Prüfungen von Krankenhausabrechnungen, wie ja auch von den Beteiligten vor dem 1. Juli 2014 praktiziert, dem Anwendungsbereich des § 275 SGB V unterfielen. Denn der allgemeine Irrtum stünde dann dem Recht gleich.“

„Wenn also jemand in gutem Glauben ein Recht für sich in Anspruch nimmt, das unbestritten erscheint und allgemein als tatsächliches Recht angesehen wird, so muss dieses Recht auch (weiterhin) juristisch geschützt sein.“

Weitere interessante Ausführungen dazu sind zu finden auf der Internetseite des Fachanwalts für Medizinrecht, Friedrich Mohr unter www.medizinrecht-ra-mohr.de.

Auch wenn wir an dieser Stelle keine juristische Beratung vornehmen bzw. ersetzen wollen, möchten wir doch auf Basis der Abbildung 3 daran erinnern, wann welche Änderungen im Rahmen der Krankenhausabrechnung stattgefunden haben.

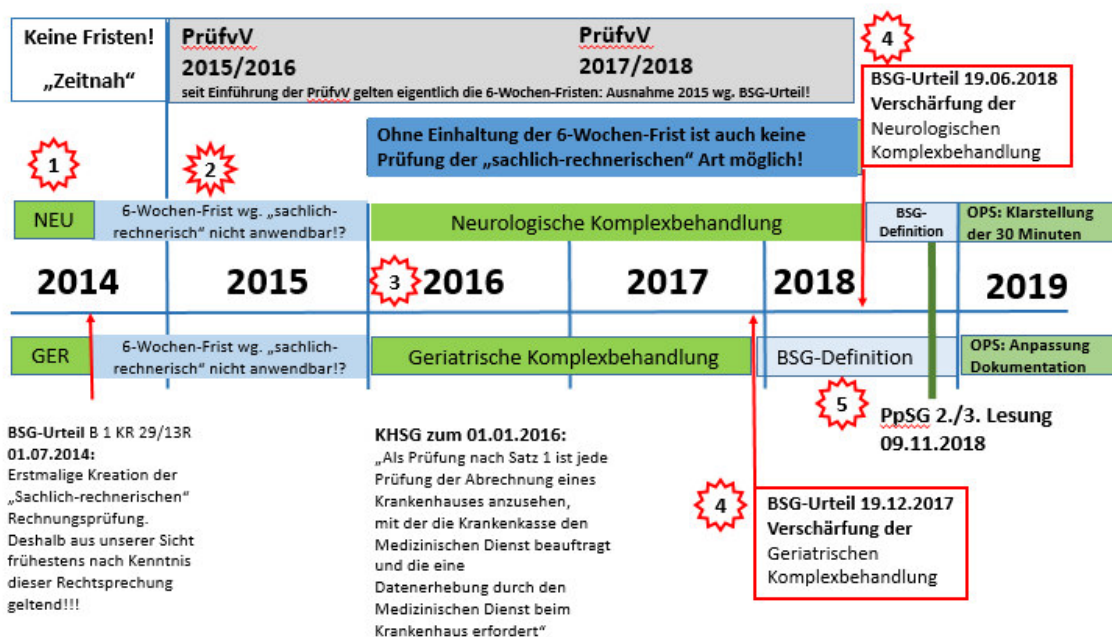


Abbildung 3: Zeitlicher Ablauf Einführung PrüfV, Gesetze und Urteile

Aus dieser chronologischen Abfolge ziehen wir folgende Schlussfolgerungen (Hinweis: die Punkte 1-5 entsprechen den Punkten in der Abbildung 3), die ggf. in der ein oder anderen Auseinandersetzung oder Klarstellung hilfreich sein könnten:

1. Ein Anspruch der Krankenkassen für das **erste Halbjahr 2014** ist hinfällig, da es bis zum 01. Juli 2014 keine „sachlich-rechnerische“ Prüfung gab und somit ICD- und OPS-Kodierung für diesen Zeitraum nicht mehr geprüft werden dürfen.
2. Für das **zweite Halbjahr 2014 und das ganze Jahr 2015** könnte theoretisch die Kostenträgerseite auf die Idee kommen, dass sich eine OPS-Überprüfung der Komplexkodes als „sachlich-rechnerische“ Prüfung nicht an die 6-Wochen-Frist der PrüfvV halten müsse. Da aber die Neu- bzw. Uminterpretation der OPS-Komplexkodes für die Geriatrie und Neurologie durch das BSG erst im Dezember 2017 und Juni 2018 erfolgte, war der Zeitraum davor zwischen den Beteiligten das damals geltende Recht (s. o.).
3. **Seit dem 01. Januar 2016** ist zusätzlich im KHSG klargestellt: *„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“*. Die Einleitung der Prüfung hätte also seit dem 01.01.2016 innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse eingeleitet werden müssen. Auch eine „sachlich-rechnerische“ Prüfung der ICD- und OPS-Kodes!
4. Folgt man der Argumentation des Sozialgerichts Fulda, hat keines der beteiligten Krankenhäuser und keine der Krankenkassen bis zur „BSG-Verkündung“ von den neu kreierte OPS-Anforderungen - ob sie nun falsch ausgelegt worden sind oder nicht - wissen können. Aus unserer Sicht könnte nun allenfalls der Anspruch der Krankenkassen auf den **Zeitraum nach der Veröffentlichung der jeweiligen BSG-Urteile** festgelegt werden – wenn überhaupt.
5. Wir empfehlen allen Krankenhäusern, für die **Zukunft** die Interpretationen des BSG zur Organisation und Dokumentation der Teambesprechung im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung sowie die sich auch daraus ergebenden Anpassungen im **OPS für das Jahr 2019** für die eigenen Prozesse und Dokumentationsstandards zu berücksichtigen, auch wenn man sie für falsch hält.

„Wie die Lemminge“ wurde in den letzten 60 Jahren zu einer sprichwörtlichen Metapher für jede Art von Massenverhalten oder sich „kopflös ins Unglück zu stürzen“. Somit sind die süßen Tierchen das Sinnbild für eine gefährliche Gruppendynamik geworden. Bis zum heutigen Tag.

Der Unterschied besteht aber darin, dass sich die Lemminge nur selbst geschadet haben. Im vorliegenden Fall werden aber alle Institutionen des Gesundheitswesens in Mitleidenschaft gezogen und zum Teil existenziell bedroht.

Wir verbinden mit unserer Darstellung der Ereignisse die Hoffnung, dass angesichts der desolaten Situation, in der sich nun die Sozialgerichte, Krankenkassen und Krankenhäuser befinden, die Politik reagiert und retten kann, was noch zu retten ist.

Ein pragmatischer Ansatz wäre es, die Kodierung mit dem rechtlichen und inhaltlichen Hintergrund zu bewerten, zu dem sie jeweils vorgenommen und auch geprüft wurde.

Walt Disney hat damals trotz oder wegen seiner Manipulation für die Inszenierung der kleinen Nagetiere einen Oscar® erhalten. Es bleibt zu hoffen, dass keiner der auf Seiten des BSG und der Krankenkassen beteiligten Akteure eine vergleichbare Prämierung für seine Aktionen erwartet.

Literatur und Informationen beim Verfasser und im Downloadbereich

info@kaysers-consilium.de

Dr. med. Heinz-Georg Kaysers

Krankenhausbetriebswirt (VKD)

Dr. med. Andreas Stockmanns

FA Innere Medizin, Gesundheitsökonom

Dr. Jürgen Freitag

Geschäftsführer

KAYERS CONSILIUM GmbH

Schulung und Beratung im Gesundheitswesen

Marienstraße 24

47623 Kevelaer

www.kaysers-consilium.de