



Strukturprüfungen 2021: offene Fragen im aktuellen Verfahren

Antragstellungspflicht bis 30.06.2021 bei einer Richtlinie im Entwurfsstadium, unbestimmte Rechtsbegriffe und verfassungsrechtliche Bedenken

Von Ass.jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab, MBA

Das MDK-Reformgesetz regelt, dass Krankenhäuser spätestens am 31.12.2020 eine Bescheinigung des MDK über die Erfüllung von Strukturmerkmalen vorweisen müssen. Veranlasst durch die COVID-19-Pandemie wurde die Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr verschoben. Die Frist für die erste Übermittlung der Bescheinigung ist somit der 31.12.2021. Daher ist die Bescheinigung erstmals für die Vereinbarung für das Jahr 2022 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Dementsprechend wurde auch die Frist, binnen derer der MD Bund die Richtlinien zur Strukturprüfung auf Basis der OPS-Codes zu erlassen hat, bis zum 28.02.2021 verlängert.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Krankenhäuser haben gem. § 275d Abs. 1 SGB V die Einhaltung von Strukturmerkmalen des vom BfArM herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Abs. 2 SGB V durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen. Grundlage der Begutachtung ist die Richtlinie des MDS nach § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Codes

nach § 275d SGB V. Der bislang vorliegende Richtlinienentwurf beschreibt das Antragsverfahren, die Durchführung der Begutachtung, Form und Geltungsdauer der Bescheinigung sowie Vorgehensweisen bei besonderen Tatbeständen, wie Meldung der Nichteinhaltung durch das Krankenhaus oder Änderungen der Strukturmerkmale im OPS. Relevant für die Vorbereitung der Antragstellung durch die Krankenhäuser sind die Anlagen zur Richtlinie, welche in ihrer Detaillierung den Prüfraumen vorgeben.

Fehlende Genehmigung der Richtlinie durch das BMG

In dieser Richtlinie, die sich mit Stand 15.05.2021 noch immer beim BMG im Genehmigungsverfahren befindet, sind die Liste aller prüfungsrelevanten OPS-Codes und die notwendigen Informationen für die Antragsstellung und Durchführung der Prüfung enthalten. Der Antrag muss jedoch bis zum 30.06.2021 beim MD eingegangen sein und kann nur dann bearbeitet werden, wenn alle Felder im Antragsformular vollständig und korrekt ausgefüllt sind.

Die Beantragung erfolgt gemäß Vorlage in Anlage 1 des Richtlinienentwurfs für jeden Standort gesondert. Danach ist zu beachten, dass je Antragsart (z.B. Erstprüfung, Wieder-

holungsprüfung) ein gesonderter Antrag zu stellen ist. Alle an einem Standort zu prüfenden OPS-Codes werden je nach Antragsart gesammelt erfasst. Bei den im Richtlinienentwurf in Anlage 2 gekennzeichneten OPS-Codes sind die Stationen einzeln anzugeben, auf denen die jeweilige Leistung erbracht wird. In ►Tabelle 1 sind die bislang als abrechnungs- und entgeltrelevant dargestellten OPS aufgeführt, in ►Tabelle 2 werden die jährlich zu prüfenden Komplex-OPS dargestellt. Bei genauer Durchsicht des OPS-Kataloges unter Abgleich des Wortlautes des Richtlinienentwurfes weisen weitere OPS, welche nicht als Komplexcodes im Praxisgebrauch gelten, Merkmale auf, welche als Strukturmerkmale gedeutet werden können. Inwieweit diese künftig auch in das Prüferegime wirken können, bleibt bislang aufgrund des noch immer bestehenden Entwurfsstadiums der MD-Richtlinie offen. Ebenso ist bezogen auf den Umfang der Prüfung ungeklärt, ob die MD-Richtlinie einen abschließenden Charakter aufweist.

Der Entwurf der Richtlinie liegt seit 28.02.2021 beim Bundesgesundheitsministerium und hätte bis zum 30.04.2021 genehmigt sein sollen. Sowohl für die Krankenhäuser als auch den Medizinischen Dienst fehlt damit die Grundlage für die Be- ►

OPS	Station	Bezeichnung
1-945		Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit
8-550	x	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-552	x	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
8-559	x	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
8-918		Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
8-91c		Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
8-972		Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie
8-975.2		Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung
8-976		Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung
8-977		Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
8-97a		Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen
8-97d		Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
8-980	x	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-981	x	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-982		Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-983		Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-984		Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
8-985		Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]
8-986		Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
8-987.0	x	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
8-987.1		Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit
8-988		Spezielle Komplexbehandlung der Hand
8-98a		Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
8-98b.0		Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes
8-98b.1		Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes
8-98d	x	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)
8-98e	x	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98f	x	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-98g.0	x	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
8-98g.1		Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit
8-98h.0		Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung: Durch einen internen Palliativdienst
8-98h.1		Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung: Durch einen externen Palliativdienst
9-402		Psychosomatische Therapie
9-403		Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie
9-60		Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-61		Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-62		Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-63		Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-640		Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-641		Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-642		Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-643	x	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)
9-645		Indizierter Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-647		Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

Tab. 1.1: Liste der bislang abrechnungs- und entgeltrelevanten OPS

OPS	Station	Bezeichnung
9-649		Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-65		Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-67		Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-68	x	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-693		Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-694	x	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen
9-696		Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen
9-701		Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen
9-801		Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Tab. 1.2: Liste der bislang abrechnungs- und entgeltrelevanten OPS

gutachtung von Strukturmerkmalen. Trotzdem läuft die Frist zur Beantragung der Strukturprüfungen bis 30.06.2021!

Im Richtlinienentwurf sieht die Prüfung eines bereits abgerechneten OPS mit Strukturprüfungsmerkmalen eine Antragsfrist bis 30.06.2021 (Eingang beim MD!) vor Ablauf der Bescheinigung vor, damit nach der aktuellen Rechtslage erstmals zum 30.06.2021. Handelt es sich um die erstmalige Prüfung eines geplanten OPS, muss der Antrag bis 30.09.2021 vor dem Vereinbarungsjahr beim MD eingegangen sein.

Der Richtlinienentwurf sieht einen Antrag je Standort des Krankenhauses vor. Bei bestimmten gekennzeichneten OPS ist sogar die Angabe der Station erforderlich. Mit dem Eingang der Bestätigung der Antragstellung durch den MD erfolgt die Anforderung der Unterlagen mit Angabe der für die Prüfung relevanten Zeiträume (z. B. bei Dienstplänen) innerhalb von 10 Arbeitstagen. Das Krankenhaus muss dann die in der Richtlinie aufgeführten bzw. angeforderten Unterlagen durch das Krankenhaus an den MD innerhalb von 10 Arbeitstagen senden.

Wirkung der fehlenden Genehmigung

Das bedeutet aktuell die Unmöglichkeit einer sachgerechten und angemessenen Vorbereitung des Prozesses, sowohl für Krankenhäuser als auch für MDs, da es sich ausweislich der Anlage 6 des Richtlinienentwurfs und des Selbstauskunftsbogens (Anlage 5) um umfangreiche

Unterlagen handelt, die zudem pro Antragsart und pro Standort die Übermittlung eines Antragsformulars erfordert. Allein der Blick in die in Tabelle 1 und 2 dargestellten unstrittigen Komplex-OPS zeigt, welche Dokumentenflut zu erwarten ist. Ob diese bislang benannten OPS, die in der Anlage zum MDS-Richtlinienentwurf nebst ihren Anforderungen aufgeführt sind, jedoch abschließend sind, ist bislang offen. So heißt es in § 275d Abs. 1 S. 1 SGB V: „Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Abs. 2 durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen.“ Folgt man dem Wortlaut des Gesetzes, auf welchen sich die jüngsten Entscheidungen der Rechtsprechung berufen, dann umfasst dies alle erlösrelevanten OPS! Bei kritischer Durchsicht der Anlagen des Richtlinienentwurfs finden sich jedoch nicht alle erlösrelevanten OPS in den Anlagen. Das wirft also die entscheidende Frage danach auf, welche Unterlagen für welche OPS beizubringen sind.

Gelingt es dem Krankenhaus, die Hürde der Antragstellung zu nehmen, erstellt der MD ein Gutachten und bescheinigt bei Einhaltung der Strukturmerkmale das Prüfergebnis nebst der Angabe zur Geltungsdauer. Die Bescheinigung ist an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu übermitteln, wobei sie bis zum 31.12.2021 für das Jahr 2022 zugegangen sein muss.

Ins Blaue hinein: Vorbereitung der Antragstellung

Da die Richtlinie bislang weder durch das BMG genehmigt, noch die bei Antragstellung erforderlichen Unterlagen benannt sind, sehen sich Kliniken nun mit der Aufgabe konfrontiert, auf gut Glück die Unterlagen zusammen zu stellen, welche möglicherweise vom MD geprüft werden könnten. Die Erfahrungen der im Krankenhaus tätigen Medizincontroller*innen im Umgang mit Strukturprüfungen vor der Schaffung einer Rechtsgrundlage zeigen, dass insbesondere aufgrund der unterschiedlichen Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe diverse Interpretationsspielräume sowohl in der Detailtiefe als auch im Umfang zu erwarten sind. In Ermangelung einer Richtlinie fehlt es auch an entsprechenden Auslegungshinweisen, so dass die Vorbereitung auf die Antragstellung aktuell bestenfalls als „ins Blaue hinein“ beschrieben werden kann.

Risiken in Millionenhöhe für die Kliniken

Ist der Antrag nicht vollständig eingegangen oder liegt eine Erfüllung der Strukturmerkmale nicht vor, dürfen Krankenhäuser die Leistung nicht vereinbaren und nicht abrechnen (§ 275d Abs. 4 S. 1 SGB V). Nur wenn eine fristgerechte Vorlage der Bescheinigung aus nicht vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen nicht möglich ist, sind Leistungen bis zum Abschluss der Strukturprüfung weiterhin verein- und abrechenbar. Bereits jetzt ist vorprogrammiert, dass angesichts der absehbar kurzen Konkretisierungs- ▶

OPS	Station	Bezeichnung
8-550	x	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-552	x	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
8-981	x	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-98a		Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
8-98b.0		Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes
8-98b.1		Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes
8-98d	x	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)
8-98e	x	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98f	x	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-98h.0		Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung: Durch einen internen Palliativdienst
8-98h.1		Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung: Durch einen externen Palliativdienst
9-642		Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-643	x	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)
9-68	x	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-693		Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-701		Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen
9-801		Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Tab. 2: Liste einjährig gültiger OPS

frist nach der Genehmigung der Richtlinie (innerhalb der noch knapp sechs Wochen bis zum Ende der Antragsfrist am 30.06.2021!) juristische Auseinandersetzungen folgen werden, welche sich nicht nur mit der Frage der Unmöglichkeit der Antragstellung und daraus entstehenden Rechtsfolgen beschäftigen werden, sondern die offenkundigen verfassungsrechtliche Probleme thematisieren werden. Gerade weil mit der vollständigen Versagung der Erbringung von Leistungen, die unter Strukturkriterien fallen, auch die Schließung von Abteilungen, Personalabbau, Versorgungslücken auf dem Land und nicht zuletzt wirtschaftliche Risiken in Millionenhöhe für die Krankenhäuser drohen, ist eine Klagewelle bereits jetzt absehbar.

Die Rolle des DIMDI

Das DIMDI, bislang zuständig für die Entwicklung von OPS, war eine nicht rechtsfähige, nachgeordnete Bundesanstalt des Bundesministeriums für Gesundheit, also „ein eigentümlicher Organisationstyp der öffentlichen Verwaltung“. In diesem Organisationstyp wurde der Bestand an Sach- und Personalmitteln zur Erbringung von Leistungen für Bürger gebündelt. 2020 erfolgte die Angliederung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

Als Herausgeber von amtlichen Klassifikationen für den deutschsprachigen Raum wie ICD-10-GM, ICD-O-03, ICF und OPS zur Verschlüsselung von Diagnosen, Operationen und Prozeduren mit der Ermächtigung, zur Vermeidung und Beseitigung von Unsicherheiten bzgl. der strukturellen Anforderungen an die Verschlüsselungen, Klarstellungen und Änderungen an den Formulierungen vorzunehmen nimmt das DIMDI bei der Auslegung von OPS eine zentrale Rolle ein. Die Neuregelung der §§ 301 Abs. 2 S. 4 und 295 Abs. 1 S. 6 SGB V definieren dies mit einer Wirkung für die Vergangenheit.

An dieser Stelle entsteht das erste Problem: Unterliegt das DIMDI somit dem Parlamentsvorbehalt als Ausfluss des Art. 20 Abs. 3 GG? Da die Befugnisse des DIMDI grundrechtsrelevant sind (Art. 12 GG; Steuerung der Vergütungshöhe durch Gestaltung von Diagnose- und Prozedurenschlüssel, Ausschlusswirkung) und das Gesetz das DIMDI wie einen rechtlich verselbständigten Verwaltungsträger mit eigenständig wahrzunehmenden Entscheidungsbefugnissen behandelt, bedarf es aus demokratisch-legitimatorischen Gründen einer gesetzlichen Ermächtigung für die Ausübung von Staatsgewalt i. S. d. Art. 20 Abs. 2 S. 2 GG.

Rückwirkung der Konkretisierung durch das DIMDI

Als weiterer wesentlicher Knackpunkt ist zudem die Verfassungswidrigkeit der Neuregelungen in den §§ 295 Abs. 1 S. 6 und § 301 Abs. 2 S. 4, 6 SGB V zu sehen, da sie gegen das rechtsstaatlich fundierte Verbot echter Rückwirkung (Art. 20 Abs. 1 und 3 GG) verstoßen. Nach § 295 Abs. 1 S. 6 SGB V gibt das Bundesministerium für Gesundheit den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 4 im Bundesanzeiger bekannt. Von dem in § 295 Abs. 1 S. 6 SGB V genannten Zeitpunkt ist der Operationen- und Prozedurenschlüssel verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden. Gemäß § 301 Abs. 2 S. 4 SGB V kann das BMG das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Ausdrücklich wird in § 301 Abs. 2 S. 6 SGB V dargelegt: Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann bei Auslegungsfragen zu den Prozedurenschlüsseln nach Satz 2 Klarstellungen und Änderun-

gen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen. Das bedeutet, Klarstellungen, welche inhaltliche Konkretisierungen vornehmen und somit über die rückwirkende Abrechenbarkeit entscheiden, dürfen durch das DIMDI vorgenommen werden.

Eine Rechtsnorm entfaltet dann echte Rückwirkung, wenn sie nachträglich in einen abgeschlossenen Sachverhalt eingreift (BVerfG, Beschl. v. 17.12.2013, Az. 1 BvL 5/08). Dabei sah das Bundesverfassungsgericht bei der Untersagung der Rückwirkung eine deutliche Gefahr für Verlässlichkeit und Berechenbarkeit von Vertragsbeziehungen: „Eine von Vertrauensschutzerfordernissen weitgehend freigestellte Befugnis zur rückwirkenden Klärung des geltenden Rechts eröffnete dem Gesetzgeber einen weitreichenden Zugriff auf zeitlich abgeschlossene Rechtslagen und ließe im Nachhinein politischen Opportunitätserwägungen Raum.“

Bereits jetzt wird vor den Sozialgerichten lebhaft über die Abrechnung des OPS-Kode 8-98b infolge der Entscheidung des BSG vom 19.06.2018 (- B 1 KR 39/17 R -) gestritten. In den immer noch anhängigen Verfahren berufen sich die Krankenkassen neuerdings auf einen Beschluss des SG München vom 25.06.2020 (- S 12 KR 1865/18 -), mit dem das Gericht die Fragen der Verfassungsmäßigkeit des § 301 Abs. 2 S. 4 SGB V in der Fassung des Pflegepersonalstärkungsgesetz vom 11.12.2018 nach Art. 100 Abs. 1 GG dem Bundesverfassungsgericht zur Entscheidung vorgelegt hat. Die 12. Kammer hat offenbar ernsthafte Zweifel, ob die rückwirkende Klarstellungsbefugnis zur Auslegung der OPS-Kodes durch das ehemalige DIMDI mit den Vorgaben des Art. 20 Abs. 3 GG und Art. 87 Abs. 3 GG zu vereinbaren ist.

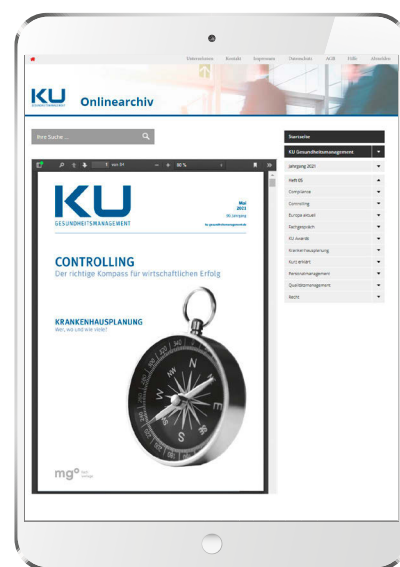
Welchen Wert dann der MD-Richtlinienentwurf haben wird, wenn das Bundesverfassungsgericht die rückwirkende Möglichkeit des ehemaligen DIMDI nach § 301 Abs. 2 S. 4 SGB V als verfassungswidrig ansieht, bleibt abzuwarten.

Auslegungsgrundsätze im Licht der aktuellen Rechtsprechung

Hintergrund der Diskussion um die Klarstellung sind die zahlreichen Merkmale des OPS, die je nach Standpunkt unterschiedlich ausgelegt werden können. Diese unbestimmten Rechtsbegriffe sind solche, deren Inhalt nicht durch einen fest umrissenen Sachverhalt ausgefüllt werden, sondern bei der Rechtsanwendung auf einen gegebenen Tatbestand im Einzelfall einer Fixierung bedarf. Dabei gelten die Auslegungsgrundsätze des Bundessozialgerichtes, welche sich auf drei Leitsätze konkretisiert haben. Zum ersten unterliegen Abrechnungsvorschriften als normenvertragliche Regelungen allgemeinen rechtswissenschaftlichen Auslegungsmethoden, die sich zweitens eng am Wortlaut orientieren, da sie eine Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems einnehmen. Drittens sind Bewertungen und Bewertungsrelationen sowie entstehungsgeschichtliche Erwägungen außer Betracht zu lassen (BSG, Urt. v. 19.06.2018, Az. B 1 KR 38/17 R: Medizinischen Begriffen des OPS kommt der Sinngehalt zu, der ihnen im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigegeben wird; BSG, Urt. v. 23.06.2015, Az. B 1 KR 21/14 R). Im Rahmen des Anhörungsverfahrens zur MD-Richtlinie hat die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling sehr deutlich die Klarstellung unbestimmter Rechtsbegriffe, welche zahlreich im Entwurf vorhanden waren, angemahnt. Ob diese Hinweise Eingang in den dem BMG vorliegenden Entwurf gefunden haben, entzieht sich jedoch der Kenntnis der DGM.

Wie gravierend diese Auslegungsrichtlinien wirken, zeigt das jüngste Urteil zur Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-98f - LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2021, Az. L 8 KR 722/18). Im OPS fand sich der Hinweis des Mindestmerkmals im OPS 8-98f in der Version 2017 „24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum“ auf Inhaberschaft bzw. rechtliche Zugehörigkeit, d. h. eine Durchführung der betreffenden Verfahren von klinikeigenen Ärzt*innen in den eige-

KU ONLINE LESEN



Recherche in allen Inhalten seit
2008 mit Volltextsuche

Zugriff auf über 3.000 Fachartikel

Download von Einzelartikeln
und ganzen Ausgaben für
das persönliche digitale Archiv

Sie haben noch keinen Lizenzschlüssel?
Dann wenden Sie sich bitte an unseren
Kundenservice unter 09221/949-311
oder kundenservice@mgo-fachverlage.de

nen Räumen und mit Mitteln der Klinik. Vorliegend handelte es sich um eine Kooperation mit einer radiologischen Praxis am Klinikstandort. Das Gericht stellte fest, dass eine über eine Kooperation mit einem anderen (externen) Leistungserbringer hergestellte 24-stündige Verfügbarkeit diesen Anforderungen nicht entspricht.

Aufgrund der gerichtlichen Auseinandersetzungen folgte eine Änderung des OPS 8-98f, welche nun eine „24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses“ fordert. Allerdings bleibt das Urteil weiterhin in seiner Wirkung übertragbar unter Berücksichtigung der Standortdefinition des § 2 der „Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG vom 29.08.2017“. Ein Standort ist danach ein Krankenhaus oder Teil eines Krankenhauses und gemäß § 2 Abs. 2 der Vereinbarung immer einem Krankenträger und damit einer Rechts- und Betriebsform zugeordnet. In der Folge bedeutet es dem Wortlaut nach eine Nichterfüllung der strukturellen Voraussetzungen, beispielsweise bei Kooperationspraxen mit Teleradiologie oder bei einer Rufbereitschaft von Praxiskollegen, sodass die Leistungen nicht vereinbart und nicht abgerechnet werden dürfen (§ 275d Abs. 4 S. 1 SGB V).

Lehren aus dem Streit um die Transportzeit bei Stroke-Units

Wohin der Streit um die Auslegung unbestimmter Strukturmerkmale führt, zeigte eindrucksvoll der Streit um die Schlaganfall-Komplexbehandlung. Die Kasseler Richter hatten sich 2018 für eine strenge Auslegung der Transportfrist ausgesprochen (Az.: B 1 KR 39-7 R). Hintergrund war der Streit zwischen einer Krankenkasse und einer Klinik, die zwar eine auf die Behandlung des akuten Schlaganfalls ausgegerichtete Einheit vorhält, aber selbst keine neurochirurgischen, gefäßchirurgischen oder interventionell-radiologischen Maßnahmen vornimmt, sondern die Patienten hierzu in ein anderes Krankenhaus verlegt. Die Kasse hatte der Klinik wegen Nichterfüllens der Strukturvorgabe „halbstündige Transport-

entfernung“ zum Kooperationspartner die Vergütung bei 17 verlegten Patienten im Jahr 2014 gekürzt. Das BSG konstatierte: „Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird“. Die Klinik habe daher die für die Abrechnung entscheidende OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) 8-98b nicht kodieren dürfen, so die Richter. Nach Meinung des BSG bezieht sich die 30-Minuten-Frist in der OPS auf die gesamte Zeit, die die Rettungskette benötigt, um einen Patienten vom zunächst behandelnden Krankenhaus in der zuerst behandelnde Einheit des Kooperationspartners zu verlegen. Die enthaltene Klammerdefinition stelle ganz bewusst auf die Inanspruchnahme des gesamten Rettungstransportsystems ab, argumentieren die Kasseler Richter, und eben nicht nur auf die reine Transportzeit.

Von den bundesweit mittlerweile 320 zertifizierten Stroke-Units hätten im schlimmsten Fall nicht einmal 50 die vom Bundessozialgericht geforderten Kriterien erfüllen können. Die Entscheidung des BSG, streng juristisch am Wortlaut des OPS orientiert, hätte ohne Intervention des BMG in der Konsequenz die bundesweite Schlaganfallversorgung gefährdet.

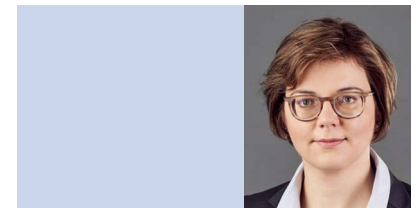
Fazit

Es zeigt sich zunehmend, dass die mehr als defizitäre Gesetzgebung im Bereich der Prüfung von Krankenhausabrechnungen zu einer weiteren Belastung aller Beteiligten wird. Die einst zur Entlastung aller am Prüfverfahren Beteiligten forcierte Strukturprüfung verkehrt sich nun ins Gegenteil. Hinzu kommt die fehlende Vorbereitungszeit für das Verfahren, da die entscheidungserhebliche Richtlinie des MD nicht genehmigt ist. Selbst wenn das BMG noch innerhalb der nächsten Wochen vor dem 30.06.2021 die Richtlinie in Kraft setzen sollte, ist angesichts des Umfangs des Antragsverfahrens eine derart kurze Vorbereitungszeit für die Kliniken bei der Anzahl der entgeltrelevanten

OPS unverhältnismäßig verknappt. Sinnvoll wäre es, gerade angesichts der noch auslaufenden 3. Welle der Coronapandemie, den Krankenhäusern eine dem hohen wirtschaftlichen Risiko angemessene Vorbereitungszeit zu gönnen.

Angesichts der erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken und der bestehenden gerichtlichen Verfahren, sowie der notwendigen Präzisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe in den OPS empfiehlt es sich, die Strukturprüfungen um ein weiteres Jahr aufzuschieben. Welche Risiken nicht zuletzt auch für die Versorgung der Bevölkerung bestehen können, hat das Urteil zum Strukturmerkmal der Transportzeit bei der Neurologischen Komplexbehandlung eindrucksvoll gezeigt. ■

Ass.jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab MBA
stellv. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft
für Medizincontrolling e. V.



Ass.jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab MBA