

Klinikrundbrief

Inhaltsverzeichnis

A. Rechtsprechung

1. Update: Bundessozialgericht, Urteil vom 05.07.2016:
Rechnungskorrektur im folgenden Haushaltsjahr, Verschlüsselung der Hauptdiagnose bei zwei oder mehr therapierten Diagnosen
2. Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 26.05.2016:
Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme im Krankenhaus
3. Oberlandesgericht Hamm, Urteil vom 26.04.2016:
Patientenwunsch rechtfertigt keine Fehlbehandlung

B. Aktuelles

Fallpauschalen und neue Prüfungsvereinbarung 2017

A. Rechtsprechung

1. Rechnungskorrektur im folgenden Haushaltsjahr, Verschlüsselung der Hauptdiagnose bei zwei oder mehr therapierten Diagnosen

Bereits im letzten Klinikrundbrief haben wir auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 05.07.2016 (Az. B 1 KR 40/15 R) hingewiesen, in der es unter anderem um die Frage geht, innerhalb welchen Zeitraums ein Krankenhaussträger eine Rechnung korrigieren und damit eine Nachzahlung geltend machen kann. Die Urteilsbegründung liegt mittlerweile vor. Aus ihr ergibt sich Folgendes:

Im Streitfall war ein Patient zu Beginn des Jahres 2010 mit einer gastroösophagealen Refluxkrankheit mit Ösophagitis stationär in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen worden. Nachdem er wegen dieser Erkrankung behandelt worden war, wurde er wegen einer Radiusfraktur im Osteosyntheseverfahren behandelt. Das Krankenhaus rechnete irrtümlich nur die Behandlung der gastrointestinalen Beschwerden mit einem Betrag von 1.474,19 € ab. Erst im Mai 2011 korrigierte das Krankenhaus die Abrechnung durch zusätzliche Kodierung der Leistungen, die in der chirurgischen Abteilung erbracht worden waren. Es ergab sich eine Nachforderung in Höhe von 5.138,22 €.

Das Bundessozialgericht nimmt eine Interessenabwägung zwischen der verklagten Krankenkasse auf der einen und der Krankenhausträgerin auf der anderen Seite vor. Es verweist darauf, dass die Krankenkassen für ihre Haushaltsplanung auf belastbare Zahlen angewiesen seien und dass sie sich grundsätzlich nach Erhalt einer vorbehaltlosen Schlussrechnung, die keinen offenkundigen Fehler aufweist, darauf verlassen dürfen müsse, dass jedenfalls nach Ablauf des Haushaltsjahres keine Nachforderungen mehr geltend gemacht würden. Andererseits erkennt der Senat das Interesse der Krankenhausträger an, hinsichtlich aller in einem laufenden Haushaltsjahr gestellten Schlussrechnungen innerhalb eines angemessenen Zeitraums Nachprüfungen vorzunehmen. Ende dieses Zeitraum jeweils mit Jahresende, umfasste dieser Zeitraum gegebenenfalls nur wenige Tage. Deshalb müsse den Krankenhausträgern zugestanden werden, auch im Lauf des folgenden Haushaltsjahres korrigierte Schlussrechnungen zu stellen und deren Bezahlung geltend zu machen. Insofern endete der Prozess also mit einem Erfolg der Klägerin.

Das Gericht weist ergänzend darauf hin, dass es – entgegen früherer Rechtsprechung – nicht daran festhalte, dass bei Nachforderungen bis zur Höhe der Aufwandspauschale oder von weniger als 5 % der Rechnungssumme eine Rechnungskorrektur nur innerhalb von sechs Wochen erfolgen könne. Auch eine Begrenzung der nachträglich berechneten Beträge auf einen bestimmten Prozentsatz des Gesamtrechnungsvolumens werde vom Senat nicht vorgenommen.

Insgesamt verwies das Bundessozialgericht allerdings den Rechtsstreit zur weiteren Sachaufklärung an das Landessozialgericht zurück:

Es bemängelte, dass es angesichts der Feststellungen der Untergerichte nicht beurteilen konnte, ob die Nachkodierung korrekt gewesen sei. Maßgeblich war hier die Frage, welche Diagnose richtigerweise als Hauptdiagnose kodiert werden musste. Wenn zwei oder mehr Diagnosen als Hauptdiagnosen in Betracht kämen,

richte sich dies danach, für welche Behandlung bei einer ex-post-Betrachtung mehr Ressourcen in Anspruch genommen worden seien. Hierzu enthielten das erst- und das zweitinstanzliche Urteil keine ausreichenden Feststellungen, so dass das Landessozialgericht diese Frage noch zu klären hat.

2. Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme im Krankenhaus

Das Landessozialgericht Hamburg hat in einer Entscheidung vom 26.05.2016 (Az. L 1 KR 116/13) dem Krankenhaus weitgehend das wirtschaftliche Risiko zugewiesen, das sich aus nachträglich auftretenden Komplikationen ergeben kann.

Im Streitfall war der Patient in der Zeit vom 3. bis 5. Juli 2008 vollstationär in der Klinik des Klägers behandelt worden. Am 4. Juli wurde er wegen eines Hä-mangioms am Rücken operiert. Die Mutter des Patienten nahm diesen gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat am 5. Juli mit nach Hause. Im Entlassungsschein wurden als Risiken „Wundinfektion, Nachbluten, Verbluten mit Todesfolge“ angegeben. Außerdem wurde die Wiedervorstellung am 7. Juli empfohlen. Diesem Rat folgte die Mutter des Patienten nicht.

Am 16. Juli musste der Patient wegen einer Wunddehiszenz erneut vollstationär aufgenommen werden. Nach einer operativen Wundrevision und weiteren ärztlichen Maßnahmen konnte er am 18. Juli entlassen werden.

Die beklagte Krankenkasse stellte sich auf den Standpunkt, dass eine Fallzusammenführung geboten sei und verweigerte die Bezahlung des Mehrbetrags, der sich aus der Abrechnung zweier Fallpauschalen ergab. Der Kläger berief sich zur Begründung seines Zahlungsanspruchs darauf, dass sich mit der Wunddehiszenz ein typisches Risiko verwirklicht habe, für das die Klinik nicht verantwortlich gemacht werden könne. Außerdem habe die Mutter des Patienten diesen vorzeitig der stationären Behandlung entzogen. Der Kläger verwies auf die Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2008, insoweit identisch mit der FPV 2016), deren § 2 Abs. 3 Satz 1 lautet:

„Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung

der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen."

Dem Bundessozialgericht folgend weist das Landessozialgericht dem Krankenhaus die Verantwortung für jede innerhalb der oberen Grenzverweildauer auftretende Komplikation zu. Der einmal erteilte Behandlungsauftrag erstreckt sich naturgemäß auch auf später auftretende Störungen des Genesungsprozesses. Es komme nicht darauf an, dass dem Krankenhaus insoweit ein Verschulden vorzuwerfen sei. Ausnahmen von dieser Regel könnten nur angenommen werden, wenn entweder der Patient selbst durch weisungswidriges oder unvernünftiges Verhalten, der nachbehandelnde Arzt durch nicht sachgerechte Behandlungsmaßnahmen oder ein nicht vom Krankenhaus zu beeinflussendes Ereignis wie ein Verkehrsunfall die Komplikation verursacht habe.

Im Streitfall sei nicht mit letzter Sicherheit aufzuklären, welcher Umstand zum Auftreten der Wunddehiszenz geführt habe. Dies führe hier dazu, dass der Kläger eine Fallzusammenführung vornehmen müsse. Denn er habe alle Voraussetzungen für den geltend gemachten Zahlungsanspruch darzulegen und zu beweisen. Hierzu gehörten auch alle Umstände, die einer Fallzusammenführung entgegenstünden, wie etwa die Herbeiführung einer Komplikation durch den Patienten oder einen weiteren Arzt.

Gegen diese Entscheidung hat der Kläger Revision eingelegt, so dass sie noch nicht rechtskräftig ist. Allerdings ist realistischerweise nicht zu erwarten, dass das Bundessozialgericht, auf dessen frühere Urteile sich das Landessozialgericht Hamburg bezieht, in dritter Instanz den Zahlungsanspruch des Klägers bejaht. Krankenhausträger müssen sich also darauf einstellen, dass sie in vielen Fällen einer nachträglichen Komplikation das wirtschaftliche Risiko zu tragen haben, und zwar auch dann, wenn die Patienten entgegen ärztlichem Rat handeln, sich aber die Ursächlichkeit dieses Verhaltens für die Komplikation nicht beweisen lässt.

3. Patientenwunsch rechtfertigt keine Fehlbehandlung

Nach einer Entscheidung des OLG Hamm vom 26.04.2016 (Az. 26 U 116/14) kann ein Patient einen Arzt auf Schadensersatz in Anspruch nehmen, wenn dieser auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin eine Behandlung durchgeführt hat, die gegen den medizinischen Standard verstößt.

In dem Prozess ging es um eine zahnärztliche Behandlung. Die Patientin litt unter einer craniomandibulären Dysfunktion, die von dem behandelnden Zahnarzt schon im Rahmen der ersten Patientenkontakte festgestellt wurde. Unter medizinischen Gesichtspunkten hätte mittels einer drei- bis sechsmonatigen Schienentherapie eine therapeutische Bisshöhe herbeigeführt werden müssen. In einem anschließenden Zeitraum von etwa einem weiteren halben Jahr hätten die bestehenden Beschwerden deutlich gebessert sein müssen. Außerdem hätte das Gebiss der Klägerin mit einem Langzeitprovisorium versorgt werden müssen. Erst im Anschluss an diese Maßnahmen hätten die Frontzähne saniert werden können.

Die Patientin drängte darauf, mit der Frontzahnsanierung kurzfristig und damit vorzeitig zu beginnen. Der beklagte Zahnarzt ließ sich darauf ein.

Schon das erstinstanzlich angerufene Landgericht hatte entschieden, dass der Beklagte sich schadenersatzpflichtig gemacht habe. Das OLG Hamm bestätigte dieses Urteil und wies die Berufung ab.

Der erstinstanzlich tätige Sachverständige, der die Fehlerhaftigkeit der durchgeführten Behandlung festgestellt hatte, hatte sich auch dahingehend geäußert, dass der Beklagte seine Patientin nicht ordnungsgemäß über die medizinischen Erfordernisse und die Folgen einer hiervon abweichenden Behandlung aufgeklärt hätte. Das Berufungsgericht stellte die Mängel der zahnärztlichen Behandlung nicht in Frage, war aber der Auffassung, dass eine fehlerhafte ärztliche Behandlung in jedem Fall abgelehnt werden müsse. Es sei zwar richtig, dass Patienten das Recht hätten, über etwaige Eingriffe in ihre körperliche Unversehrtheit zu bestimmen. Dies führe aber nicht dazu, dass jedenfalls nach einer eindringlichen Belehrung der Arzt eine Behandlung durchführen dürfe, die nicht dem medizinischen Standard entspreche.

Es folgt daraus, was eigentlich selbstverständlich ist: Verlangt ein Patient eine andere als die medizinisch gebotene Behandlung, darf der Arzt diesem Wunsch nicht nachkommen.

B. Aktuelles

Fallpauschalen und neue Prüfverfahrensvereinbarung 2017

Die jährliche Fortentwicklung der Entgeltkataloge bringt zum Jahr 2017 zwei Änderungen bei der Berechnungsmethodik mit sich: Zum einen haben die Vertrags-

parteien auf Bundesebene eine Vereinbarung geschlossen, wonach die Sachkostenanteile zu Gunsten der Personal- und Infrastrukturkostenanteile abgewertet wurden. Der hiermit erzielte Umverteilungseffekt soll mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile verringern. Weiterhin wurden bestimmte Bewertungsrelationen im orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich (insgesamt 8 DRG) gezielt abgesenkt, um rein wirtschaftlich bedingten Fallzahlsteigerungen entgegenzuwirken. Auch hierbei handelt es sich um eine Steuerungsmaßnahme zur Umverteilung.

Weitere Änderungen soll es bei den Zentrumszuschlägen geben, hier steht noch eine Entscheidung der Schiedsstelle aus, wobei die Zeit drängt, da der Bestandschutz für bislang gezahlte Zuschläge zum Jahresende endet. Auch bezüglich der Sicherstellungszuschläge für unrentable Krankenhäuser, die jedoch regional unersetzbar sind, hat der G-BA am 24.11.2016 eine Konkretisierung der Voraussetzungen vorgenommen, die nun zum Jahreswechsel greifen.

Zudem wird zum 01.01.2017 auch eine erheblich veränderte Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) zur Regelung der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V in Kraft treten. Nachdem die DKG die erste PrüfV, welche seit 2015 gilt, nach erheblicher Kritik aus der Praxis wieder aufgekündigt hatte, ist zwischenzeitlich eine Überarbeitung durch die Vertragsparteien erfolgt, die nun für Behandlungsfälle ab 2017 Wirkung haben wird. So wurde u.a. die Frist zur Übersendung der Unterlagen an den MDK von 4 auf 8 Wochen verlängert, mit der Option diese nochmal um weitere 6 Wochen zu verlängern, wofür dann jedoch eine Pauschalzahlung von € 300,- an die Krankenkasse fällig wird. Gleichzeitig wurde auch die Dauer des Verfahrens insgesamt von bislang i.d.R. 9 auf nunmehr 11 Monate verlängert. Die Einführung eines verpflichtenden „Widerspruchsverfahrens“ ist hingegen erneut gescheitert, immerhin wurde nun die freiwillige Möglichkeit zu einem sog. Nachverfahren aufgenommen. Es bleibt jedoch weiterhin dabei, dass die PrüfV eine Vielzahl von Fristen für beide Seiten enthält, deren Überwachung einen erheblichen Bürokratieaufwand verursacht. Wie schon für die Vorversion angekündigte, konsentiertere Auslegungshinweise der Vertragspartner liegen bislang nicht vor, obschon die Endfassung der PrüfV bereits seit Anfang 2016 bekannt ist. Es ist daher damit zu rechnen, dass auch unter der neuen PrüfV neben den mannigfachen inhaltlichen Auseinandersetzungen um die Ermittlung der korrekten DRG und Verweildauer zusätzlich formale Streitpunkte weiterhin eine Rolle spielen werden.

In diesem Zusammenhang bleibt auch das Thema Aufwandspauschalen ein Dauerbrenner, wobei im Hinblick auf die zwischenzeitliche Bekräftigung der restriktiven Linie des 1. Senats des BSG durch die Entscheidungen vom 25.10.2016 (die Entscheidungsgründe werden für den Jahresbeginn erwartet) abzuwarten bleibt, ob die Instanzgerichte nun die dortige Auffassung übernehmen werden oder weiterhin abweichend entscheiden. Es ist damit zu rechnen, dass einzelne Kranken-

kassen auch die gesetzgeberische Klarstellung in § 275 Abs. 1c S. 4 SGB V zum 01.01.2017 angreifen werden und sich die Meinung des BSG hierzu abholen werden.



KÖLN RECHTSANWÄLTE PROF. DR. HALBE, ROTHFUSS, WIEDEY, JAHN & PARTNER MBB Im Mediapark 6A 50670 Köln Telefon: 0221 57779-0 Telefax: 0221 57779-10 E-Mail: koeln@medizin-recht.com www.medizin-recht.com	HAMBURG RECHTSANWÄLTE PROF. DR. HALBE, ROTHFUSS, WIEDEY, JAHN & PARTNER MBB Spadenteich 1 20099 Hamburg Telefon: 040 284072-40 Telefax: 040 284072-41 E-Mail: hamburg@medizin-recht.com www.medizin-recht.com	BERLIN RECHTSANWÄLTE PROF. DR. HALBE, ROTHFUSS, WIEDEY, JAHN & PARTNER MBB Kaiserin-Friedrich-Haus Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin Telefon: 030 787186-73 Telefax: 030 787186-94 E-Mail: berlin@medizin-recht.com www.medizin-recht.com
---	--	--

www.medizin-recht.com

Sämtliche Angaben und Inhalte auf unseren Web-Seiten dienen ausschließlich der allgemeinen juristischen Information durch den jeweiligen Nutzer und können nicht die aktuellsten rechtlichen Entwicklungen, insbesondere neueste Urteile, Gesetze und/oder Erlasse berücksichtigen. Wir übernehmen auch keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der von uns zur Verfügung gestellten Informationen. Diese stellen auch keinen Ersatz für eine Rechtsberatung oder ein rechtliches Gutachten dar, obgleich diese nach bestem Wissen und Gewissen erhoben wurden.