

Gemeinsame Empfehlung von

[...]

zum Umgang mit den vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) und vor dem Hintergrund der Übergangsregelung des § 325 SGB V und den Regelungen in den §§ 109, 295 und 301 SGB V in der Fassung des Gesetzesbeschlusses des Deutschen Bundestages vom 9. November 2018 (BR-Drs. 560/18) vor den Sozialgerichten anhängig gemachten Klagen wegen Rückzahlung von geleisteten Vergütungen beziehungsweise mit entsprechenden Aufrechnungen.

Eingedenk ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Sicherstellung einer dauerhaft gesicherten, wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung stellen die Empfehlungspartner fest,

- dass die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Versicherten bei der Behandlung des akuten Schlaganfalls sowie bei der stationären geriatrischen Behandlung im Ergebnis nicht gefährdet werden darf,
- dass es Aufgabe der dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichteten Krankenkassen ist, Rechtsansprüche der Versichertengemeinschaft gegenüber Vertragspartnern und Dritten auf der Grundlage einer angemessenen Abwägung wirksam und rechtzeitig geltend zu machen,
- dass zugleich großer Wert darauf zu legen ist, dass alle Qualitätsanforderungen, die mit der Verschlüsselung und Abrechnung erbrachter Leistungen einhergehen, im Interesse der Patientinnen und Patienten eingehalten werden und ihre Einhaltung entsprechend auch überprüft und korrigiert werden kann,
- dass in der Vergangenheit die betroffenen Leistungen überwiegend einvernehmlich zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen erbracht und abgerechnet wurden.

Die Empfehlungspartner stimmen darin überein,

- dass die nachfolgende Empfehlung allein auf diejenigen Klagen beziehungsweise Aufrechnungen von Krankenkassen abstellt, die auf die Rückzahlung geleisteter Vergütungen beziehungsweise Aufrechnungen von Krankenkassen gerichtet sind, die sich unmittelbar auf die Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Auslegung der Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS 8-98b bei akutem Schlaganfall (Stichwort "Transportzeit") oder OPS 8-550.1 bei geriatrischen Erkrankungen (Stichwort "wöchentliche Teambesprechung") stützen. Für die finanziellen Belastungen der Kranken-

häuser ist es dabei unerheblich, ob diese durch Klageerhebung oder durch Aufrechnungserklärungen herbeigeführt worden sind. Daher gilt es für diese Sachverhalte eine einheitliche und gesamthafte Lösung zu finden,

- dass diese Empfehlung den Vertragspartnern vor Ort (Krankenhaus und Krankenkasse) Orientierung dabei geben soll, wie im Interesse aller Beteiligten und der Versorgungslage vor Ort Konflikte gelöst werden können, zugleich
- dass die rechtswirksame Entscheidung allein vor Ort von den Vertragspartnern selbst getroffen werden kann.

Zur Herstellung von Rechtsfrieden und Planungssicherheit sowie zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit empfehlen die oben genannten Parteien als Kompromiss gemeinsam den Krankenkassen zu prüfen, ob bis zum 9. November 2018 eingeleitete Klageverfahren auf Rückzahlung von an Krankenhäuser geleisteten Vergütungen bei Abrechnung der Komplexkodes OPS 8-98b (Schlaganfall) und OPS 8-550.1 (Geriatrische Erkrankungen) beendet, beziehungsweise Forderungen, gegen die aufgerechnet worden ist, anerkannt werden können. Dies sollte der Fall sein, wenn die Qualitätsanforderungen bei Zugrundelegung der am 3. Dezember 2018 veröffentlichten Klarstellungen des DIMDI zu den genannten Komplexkodes erfüllt wurden. Die Beendigung eines Klageverfahrens sollte dabei grundsätzlich durch Klagerücknahme erfolgen.

Die DKG empfiehlt den Krankenhäusern, ab sofort keine weiteren kostenwirksamen Maßnahmen zur Bearbeitung der Klagen und Aufrechnungen zu veranlassen.

Auf die Geltendmachung eigener Kosten zur Bearbeitung der Klagen und Aufrechnungen sollten die Vertragspartner vor Ort (Krankenhaus und Krankenkasse) verzichten.

Das BMG teilt den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zeitnah mit, dass die Rücknahme von Klagen im Sinne der vorliegenden Empfehlung beziehungsweise die Anerkennung der Forderungen, gegen die aufgerechnet worden ist, nach seiner Auffassung aufsichtsrechtlich nicht zu beanstanden ist und wird sie bitten, diese Auffassung ihrer Aufsichtsführung zu Grunde zu legen.

Bezüglich der Klagen zur Rückforderung von Mehrwertsteuerzahlungen nach Zytostatikabehandlung wird empfohlen, dass die Vertragspartner vor Ort (Krankenhaus und Krankenkasse) die Verfahren unter Berücksichtigung der prozessrechtlichen Rahmenbedingungen und im Interesse einer prozessökonomischen Verfahrensführung insbesondere im Hinblick auf die Verjährung bis zu einer höchstrichterlichen Klärung ruhend stellen.

Bei Klagen wegen sonstiger Forderungen verhandeln die Vertragspartner vor Ort (Krankenhaus und Krankenkasse) individuell die Beilegung der Streitigkeiten.