



Foto: Coloures-pic – Fotolia

Die Abrechnungsprüfung – aktuelle Entwicklungen

Grundsätze des BSG und ihre Auswirkungen in der Praxis

Für die Prüfung zur Rechtmäßigkeit von Krankenhausabrechnungen hat das Bundessozialgericht (BSG) ein dreistufiges Vorgehen mit Auskunfts- und Mitwirkungspflichten etabliert und zudem unter Verweis auf das Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme eine einschränkende Auslegung vertreten. Dies mündete zuletzt in die Entwicklung einer neben dem Verfahren stehenden Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Weniger Bürokratie war eines der ursprünglichen Ziele gewesen.

Unbestritten sind Krankenkassen zur Prüfung der Rechtmäßigkeit von Krankenhausabrechnungen befugt.



Ass. jur. Erika Raab MBA
Stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.
Krankenhausleitung
Marienhospital Darmstadt gGmbH
Darmstadt

Ausdruck dessen ist das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 SGB V). Das BSG hat für die Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ein dreistufiges Vorgehen mit reziproken Auskunfts- und Mitwirkungspflichten etabliert. Zudem hat es unter Verweis auf das Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme eine einschränkende Auslegung vertreten, die zuletzt in die Entwicklung einer neben dem Verfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V stehenden Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit mündete. Diese Rechtsprechung führt in der Praxis zu einem Konflikt um die Aufwandspauschale. Dies bietet Anlass, die Grundsätze des BSG kurz zu skiz-

zieren und ihre Auswirkungen in der Praxis zu erörtern.

Das Prüfverfahren nach der BSG-Rechtsprechung – Die Auffälligkeitsprüfung

Die Auffälligkeitsprüfung betrifft Angelegenheiten, in denen Zweifel daran besteht, ob Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) erbracht wurden (BSG, Urt. v. 01.07.2014, Az. B 1 KR 29/13 R). Hierfür hat das BSG eine dreistufige Vorgehensweise etabliert.

Die Krankenkasse erhält mit der Abrechnung die nach § 301 Abs. 1 SGB V zwingend erforderlichen Informationen. Die Aufzählung der Daten in § 301 SGB V ist abschließend (BSG, Urt. v. 22.04.2009, Az. B 3 KR 24/07 R). Die Krankenkasse hat allenfalls die Möglichkeit, nicht-medizinische Nachfragen zu stellen (BSG, Urt. v. 16.05.2012, Az. B 3 KR 14/11 R), so können ggf. die in den Landesverträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V geregelten zusätzlichen Auskünfte angefordert werden (Kurzbericht). Erschließt sich aus diesen Informationen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weiterer Abrech-



Susanne Clemens
Rechtsanwältin
Rechtsanwälte & Notare Falk, Berghäuser,
Albach,
Landzettel, Wieland, Berg PartnerschaftsG mbB
Darmstadt

nungsvoraussetzungen nicht, ist auf zweiter Stufe das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V i.V.m. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einzuleiten. Es verpflichtet die Krankenkassen, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Kann auch der MDK aus allen der Krankenkasse zur Verfügung stehenden Unterlagen keine abschließende Bewertung herleiten, hat das Krankenhaus auf der dritten Stufe dem MDK über die bereits vorliegenden Dokumente hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die zur Beantwortung der Prüfanfrage benötigt werden.

Die Prüfung der sachlich-rechtlichen Richtigkeit

Neben die Auffälligkeitsprüfung stellt das BSG als eigenständiges Prüfregime die Überprüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Der Anwendungsbereich ist betroffen, wenn sich die Prüfung mit der Frage befasst, ob eine erforderliche Krankenhausbehandlung nach Maßgabe der einschlägigen Vorschriften wie dem Fallpauschalenkatalog oder den Kodierrichtlinien zutreffend abgerechnet worden ist, ob also die vom Krankenhaus gewählte Kodierung hinsichtlich der Hauptdiagnose und der sich hieraus ergebenden DRG korrekt war.

Aufwandspauschale bei sachlich-rechnerischer Prüfung?

Der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale gründet auf § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V. Hiernach gilt: Falls die Prüfung nach § 275 Abs. 1c S. 1 SGB V „nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten“. Der Gesetzgeber hat in seiner amtlichen Begründung hierzu ausgeführt (Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drs. 16/3100, S. 177): „Die Aufwandspauschale ist nach Satz 3 für alle diejenigen Krankenhausfälle zu zahlen, in denen die Einzelfallprü-

fung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages durch die Krankenkasse führt. (...) Mit der Pauschale wird eine vereinfachte, aber unbürokratische Regelung verfolgt. Sie kann deshalb keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewährleisten. So sind aufgrund von Umfang und Komplexität der Kodierregeln Fehlabbrechnungen mit zu hohen oder zu niedrigen Rechnungsbeträgen nicht auszuschließen.“

In Kenntnis dessen hat das BSG entschieden, dass nicht jede im Zusammenhang mit einer Krankenhausabrechnung erfolgte ergebnislose Rückfrage beim Krankenhaus die Aufwandspauschale auslöse, sondern nur die Auffälligkeitsprüfung: „Die KK muss den MDK beauftragen, eine gutachterliche Stellungnahme abzugeben mit dem Ziel, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots (...) eine Verminderung des (möglicherweise) vom Krankenhaus zu hoch angesetzten Abrechnungsbetrages zu erreichen. Zu dieser Prüfung muss der MDK auf Veranlassung der KK Sozialdaten zur Rechnungsprüfung beim Krankenhaus gemäß § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V anfordern. Schließlich muss dem Krankenhaus durch die erneute Befassung mit dem Behandlungs- und Abrechnungsfall ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstehen“ (BSG, Urt. v. 23.06.2015, Az. B 1 KR 24/14 R). Hingegen finde § 275 Abs. 1c S. 3 SGB keine Anwendung, wenn das Krankenhaus dem MDK nur im Rahmen der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit wegen seiner Mitwirkungspflichten die Möglichkeit eröffnet, Behandlungsunterlagen einzusehen und/oder eine Krankenhausbegehung durchzuführen. Etwas anderes gelte nur dann, wenn die Krankenkasse sachlich-rechnerische Auffälligkeiten zum Anlass nehme, von sich aus gezielt eine Auffälligkeitsprüfung einzuleiten (BSG, Urt. v. 01.07.2014, Az. B 1 KR 29/13 R).

Diese Rechtsprechung nehmen einige Krankenkassen zum Anlass, die vorliegenden Rechnungen über Aufwandspauschalen zu überprüfen. Soweit sie von einer sachlich-rechnerischen Prüfung ausgeht, wird die Zahlung der Aufwandspauschale zurückgewiesen und gegebenenfalls bereits gezahl-



Neu!

Einführung in die Abrechnung ambulanter Leistungen

Praxiswissen für Studium und Beruf

„Einführung in die Abrechnung ambulanter Leistungen“ lädt den Leser ein, elementare Kenntnisse über eine hochkomplexe Materie zu sammeln.

Das Werk befasst sich mit den Grundlagen zu täglichen Abrechnungsfragen in Bezug auf ambulante Krankenhausleistungen und setzt den Schwerpunkt auf die Betrachtung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), das ambulante Operieren nach § 115b SGBV, die Abrechnung der Heil- und Hilfsmittel sowie die sonstiger ambulanter Leistungen. Abrechnungsfragen werden anhand zahlreicher Beispiele und Tabellen verständlich und praxisnah erklärt.

„Einführung in die Abrechnung ambulanter Leistungen“ ist eine wertvolle Hilfe bei der täglichen Arbeit.

Autor: Prof. Dr. Thomas Kolb
Print: Softcover, 2016, 288 Seiten, ISBN 978-3-946321-71-2, **29,95 Euro**
E-Book: PDF, 2016, ISBN 978-3-946321-73-6, **24,95 Euro**

Weitere Neuheiten finden Sie in unserem Online-shop unter www.ku-gesundheitsmanagement.de

Unser Bestellservice

☎ 09221 / 949-389

📠 09221 / 949-377

🛒 www.ku-gesundheitsmanagement.de

te Aufwandspauschalen werden mit eingehenden Krankenhausrechnungen verrechnet. Nun ist höchstrichterliche Rechtsprechung nicht Gesetzesrecht und erzeugt keine damit vergleichbare Rechtsbindung, so dass die unteren Instanzen außerhalb der Bindungswirkung der Revisionsentscheidungen im konkreten Verfahren grundsätzlich nicht an die höchstrichterliche Rechtsprechung gebunden sind (BVerfG, Beschl. v. 21.07.2010, Az. 1 BvL 11/06). Dies insbesondere dann nicht, wenn sich keine Grundlage im Gesetzeswortlaut findet. Zudem ist eine einschränkende Auslegung unzulässig, wenn sie das gesetzgeberische Ziel in einem zentralen Punkt verfehlen oder verfälschen, an die Stelle der Gesetzesvorschrift inhaltlich eine andere setzen oder den normativen Regelungsinhalt erst schaffen oder neu bestimmen würde (BVerfG, Beschl. v. 19.09.2007, Az. 2 BvF 3/02; SG Mainz, Urt. v. 09.06.2015, Az. S 14 KR 417/14).

Dem Willen des Gesetzgebers zuwider

Die Instanzgerichtsbarkeit ist nicht ausnahmslos von der Existenz einer unabhängigen Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit überzeugt. Denn sie finde keine Grundlage im Gesetzeswortlaut. Zudem laufe die vom BSG unzulässig herangezogene einschränkende Auslegung dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers zuwider. Besonders instruktiv sind die Ausführungen des SG Mainz (Urt. v. 04.05.2015, Az. S 3 KR 428/14). Es legt anhand juristischer Auslegungsgrundsätze dar, dass die Auffassung des BSG mit dem Gesetzeswortlaut und der Gesetzssystematik nicht zu vereinbaren sei und daher – unter Berücksichtigung der Grenzfunktion des Gesetzeswortlauts – gegen den Grundsatz der Bindung an das Gesetz (Art. 20 Abs. 3 und 97 Abs. 1 GG) und das hiervon getragene Gewaltenteilungsprinzip verstoße. Denn in § 275 Abs. 1c SGB V wird „ohne jegliche Einschränkung auf Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V und auf Prüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V Bezug genommen. Ersteres hat zur Folge, dass alle in § 39 SGB V geregelten

Behandlungsformen dem Prüfre-gime des § 275 Abs. 1c SGB V unterliegen. Der Verweis auf § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erfasst wiederum alle dort genannten Prüfvorgänge, d.h. wörtlich „insbesondere,, die „Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung,, sowie bei Auffälligkeiten die „Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung.“ § 275 Abs. 1c SGB V erfasse unter Berücksichtigung des Gesetzeswortlauts und der Gesetzgebungsmaterialien sowie unter Beziehung des § 276 SGB V damit „alle Fälle, in denen die Krankenkasse anlässlich einer Abrechnung einer Krankenhausbehandlung eine Prüfung durch den MDK veranlasst. Weitere Differenzierungen sind aus dem Gesetz nicht ersichtlich und angesichts der Weite und Offenheit des Tatbestands des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, womit alle denkbaren einzelfallbezogenen Prüfanlässe erfasst sind, mit dem Gesetz auch nicht vereinbar“. Auch § 301 SGB V enthalte keine gesetzliche Grundlage. So weist das SG Speyer (Urt. v. 28.07.2015, Az. S 19 KR 588/14) darauf hin, dass es sich um eine Vorschrift handelt, „die die Form und das Verfahren des Umgangs mit den auf Grund der Krankenhausbehandlung erhobenen Daten, insbesondere auch der sensiblen Patientendaten regelt und aus datenschutzrechtlicher Sicht die Übermittlungspflicht des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse für die konkret aufgeführten Daten enthält. Zu einer Prüfung unter Mitwirkung des MDK enthält diese Norm keinerlei Regelung.“ Wenn die Krankenkassen zur Prüfung der Krankenhausabrechnung „die Mitwirkung des MDK und die Vorlage der Behandlungsunterlagen an diesen verlangen wollen, müssen sie sich des durch § 275 SGB V zur Verfügung gestellten Verfahrens bedienen. Jedem anderen Vorgehen fehlte die aus Datenschutzgründen erforderliche gesetzliche Grundlage für die Übermittlung und Offenbarung der Sozialdaten des betroffenen Patienten. Zudem darf der MDK gemäß § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V Sozialdaten nur erheben und speichern, soweit dies für Prüfungen, Beratungen und gutachterlichen Stellungnahmen nach § 275 SGB V und für die – weg-

gefallenen – Modellvorhaben nach § 275a SGB V erforderlich ist. Wenn die Krankenkasse also eine Prüfung der Abrechnung einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V durch den MDK veranlasst, greift bei im Ergebnis fehlender Minderung des Abrechnungsbetrags der Anspruch auf Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V.“

Klarstellung durch den Gesetzgeber

Am 04. November 2015 hat der Bundestag das Krankenhausstrukturgesetz verabschiedet (Bt.-Drs. 18/6586). Mit diesem hat der Gesetzgeber in § 275 Abs. 1c SGB V als Satz 4 eine neue Regelung aufgenommen: „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.“ Diese Regelung trat am 01.01.2016 in Kraft.

Auswirkungen in der Praxis

Für die Zukunft hat der Gesetzgeber eine Klarstellung zugunsten der Krankenhäuser herbeigeführt. Für Prüfverfahren, die nach dem Inkrafttreten des Gesetzes beginnen, wird die Aufwandspauschale fällig, sobald der MDK von der Krankenkasse beauftragt wird, zur Prüfung Einsicht in die Behandlungsunterlagen nimmt und die Prüfung dann nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt. Einer Abgrenzung zwischen Auffälligkeitsprüfung und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit bedarf es nicht mehr. Bis zum Stichtag des Inkrafttretens sind die Krankenhäuser aufgrund des Streits um die Aufwandspauschale weiterhin damit konfrontiert, auf das Vorgehen der Krankenkasse zu reagieren. In Fällen, in denen Krankenkassen bereits gezahlte Aufwandspauschalen zurückfordern, sollte dem mit dem Argument begegnet werden, dass ein (nachträglicher) Eingriff in ein abgeschlossenes Prüfverfahren unstatthaft ist. Hat die Krankenkasse einmal das Prüfre-gime bestimmt, muss es sich daran festhalten lassen. Insoweit wirkt das vom BSG entwickelte Gebot der ge-

gegenseitigen Rücksichtnahme und der bestehenden gegenseitigen Treuepflichten zugunsten der Krankenhäuser. Soweit im Rahmen des Prüfverfahrens seitens der Krankenkassen von einer Auffälligkeitsprüfung auf eine Prüfung der sachlich-rechtlichen Richtigkeit gewechselt wird, kann nichts Anderes gelten.

Soweit die Krankenkassen von Beginn an eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit behaupten, ist die Anspruchsdurchsetzung schwieriger:

- Krankenhäuser sollten die Anfragen der Krankenkassen anhand des konkreten Gesetzeswortlauts genau prüfen! Die Frage, wie weit Mitwirkungspflichten reichen, bietet gleichzeitig einen Anhaltspunkt für die Frage, ob eine Aufwandspauschale später abgerechnet werden kann.
- Werden zahlungsbegründende Leistungs- und Abrechnungsdaten gemäß § 301 SGB V ggf. i.V.m. geltenden landesrechtlichen Regelungen angefordert, löst dies keine Aufwandspauschale aus. Dies gilt auch dann, wenn die

Krankenkasse eine Beurteilung des MDK unter Berücksichtigung der aufgrund von § 301 SGB V zur Verfügung gestellten Unterlagen einholt.

- Kann die Abrechnung nur unter Einsichtnahme in die medizinische Behandlungsdokumentation und Erhebung sonstiger Sozialdaten geprüft werden, muss sich dem Verfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V bedient werden. Es bedarf dann der Prüfanzeige gegenüber dem Krankenhaus, die so konkret wie möglich zu fassen ist.
- Führt die Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags, ist die Aufwandspauschale entstanden.
- Lehnt die Krankenkasse die Zahlung einer solchen unter Verweis auf die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ab, sollte (1.) die fehlende gesetzliche Grundlage für eine unabhängige Prüfung der sachlich-rechnerischen Prüfung angemahnt werden. Es ist hierbei (2.) auf den eindeutigen Wortlaut des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V zu verweisen,

der (3.) keinen Raum für eine einschränkende Auslegung lässt. Sollte der Anspruch nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V nur mit gerichtlicher Hilfe zur Durchsetzung gelangen, sollte gleichwohl nicht verkannt werden, dass der Instanzenzug zum BSG führt. Es verbleibt auch unter Berücksichtigung der jüngsten gesetzgeberischen Klarstellung, die die vorstehende Argumentation stützt, gleichwohl ein nicht unerhebliches Prozessrisiko für in der Vergangenheit liegende Fälle. ■

Ass. jur. Erika Raab MBA

Klinikum Darmstadt GmbH
Grafenstraße 9
64283 Darmstadt

Susanne Clemens

Rechtsanwälte & Notare Falk, Berghäuser,
Albach,
Landzettel, Wieland,
Berg PartnerschaftsG mbB
Friedensplatz 6
64283 Darmstadt



Fachwissen.

KU Gesundheitsmanagement

Die unabhängige Plattform für das Management aus der Gesundheitswirtschaft

Sichern Sie sich die KU Gesundheitsmanagement im Abonnement und profitieren Sie

- 12 Printausgaben des Fachmagazins pro Kalenderjahr: Bequem und pünktlich zu Ihnen geliefert
- Zahlreiche KU Specials mit Themen wie Controlling, eHealth, Planen & Bauen, Marketing uvm.
- Nutzung der App „KU Gesundheitsmanagement“: Mobiler Zugriff auf das Fachmagazin als E-Paper-Ausgabe
- Zugang zum KU Onlinearchiv: Recherchieren Sie in allen Ausgaben seit 2000
- Die Blaue Datei: Der Facheinkaufsführer für Gesundheitsunternehmen
- KU Stellenmarkt – Print und Online: Der größte Stellenmarkt der Branche
- KU forum: Hochkarätige Seminare und Kongresse zu Themen der Gesundheitswirtschaft



Bestellen Sie jetzt ein Jahres-Abo
für 298,- Euro* (Inland)

*inkl. MwSt. und Versandkosten



Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Tel. 09221 / 949-389
Fax 09221 / 949-377
bvf.vertrieb@mg-oberfranken.de

* Studenten erhalten 50% Ermäßigung auf das Jahres-Abo
(gegen Vorlage eines gültigen Studentenausweises)