

Aufwandspauschale

Geschichte eines Irrtums

Die Aufwandspauschale hat ihren ursprünglich geplanten Zweck, die Zahl der Einzelfallprüfungen durch die Krankenkassen zu reduzieren, eindeutig verfehlt, sagt unser Autor. Die Chronologie zum Streit um Rechnungsprüfungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zeugt von der Notwendigkeit einer Debatte über die Abschaffung dieses Instruments.

Von Dr. Erwin Horndasch

Mit der Einführung des DRG-Systems in Deutschland ab dem Jahre 2003 hat der Gesetzgeber auch die Rechnungsprüfung der im Krankenhaus behandelten Fälle neu geregelt. Obwohl das Fallpauschalensystem als lernendes System angelegt war, hat er zeitgleich ein Prüfungssystem etabliert, das mit Prüfquoten von zehn bis 15 Prozent – manche Quellen nennen noch mehr – einen deutlichen administrativen Aufwand sowohl für Kassen als auch für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die Krankenhäuser bedingte.

Insbesondere die Krankenhäuser hatten für diese Art von Prüfungen und Auseinandersetzungen keine Erfahrungen und keine Kapazitäten. Sie befürchteten daher, ärztliche Arbeitszeit vom Patienten abziehen und für Rechnungsprüfungszwecke verwenden zu müssen. In der Öffentlichkeit und in den Medien berichteten Krankenhäuser immer wieder von überzogenen Prüfungen.

Aufwandspauschale verringert die Prüfflut nicht

Die mit § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geschaffene Möglichkeit der Stichprobenprüfung haben die Krankenkassen leider nicht in ausreichendem Maße genutzt. Stattdessen favorisierten sie Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V. Ein möglicher Grund für diese Entwicklung ist, dass die Rückzahlungsverpflichtung des geprüften Krankenhauses als das Ergebnis einer Stichprobenprüfung allen Kassen zugutekommt. Von Rückzahlungen

infolge erfolgreicher Einzelfallprüfung profitiert dagegen unmittelbar die beauftragende Kasse. Aus wirtschaftlichem Interesse bevorzugten die Krankenkassen daher die Einzelfallprüfungen. Diese haben sie auch konsequent umgesetzt und praktiziert.

Die Problematik der nach Angaben der Krankenhäuser teils ausufernden Einzelfallprüfungen fand letztendlich bei der Politik Gehör, die mit diversen gesetzlichen Vorgaben die Prüfflut einzudämmen versuchte.

Dazu gehört eine konkrete Fristenregelung in § 275 Absatz 1c SGB V im Zuge des zum 1. April 2007 eingeführten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG). Diese Fristenregelung sieht vor, dass eine Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V „spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuweisen und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen“ ist.

Zudem hat der Gesetzgeber festgelegt, dass eine MDK-Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V zeitnah zu erfolgen hat, dabei allerdings versäumt, den Begriff der „zeitnahen Prüfung“ näher zu definieren. Der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) hat die Zeitgrenze mit der gesetzlichen Verjährungsfrist von vier Jahren gleichgesetzt – Urteil vom 13. November 2012 (B 1 KR 24/11 R), bestätigt vom 3. Senat des BSG mit Urteil vom 18. Juli 2013 (B 3 KR 21/12 R).

Der mit dem GKV-WSG um den Absatz 1c erweiterte § 275 SGB V ver-

pflichtet zudem die Krankenkassen zur Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von zunächst 100 Euro.

Diese Aufwandspauschale war ab 2007 Gegenstand erbitterter Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und MDK. Das ursprünglich damit intendierte Ziel einer Reduktion des Prüfaufkommens erreichte der Gesetzgeber jedoch nicht. Aus diesem Grund legte die Politik nach. Mit der Erhöhung der Aufwandspauschale auf 300 Euro im Zuge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG), das am 25. März 2009 in Kraft getreten ist, versuchte der Gesetzgeber, ein Hindernis gegen allzu leichtfertige Prüfaufträge zu schaffen.

Diese Interpretation zur Entstehungsgeschichte hat auch das BSG (Urteil vom 22. Juni 2010, B 1 KR 1/10 R) vertreten und dazu ausgeführt:

„Anlass zur Schaffung des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V bot ausweislich der Gesetzesbegründung der Umstand, dass einzelne KKn die Prüfungsmöglichkeit nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ‚in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise‘ zur Einzelfallsteuerung genutzt hatten; bei einzelnen KKn hatten sich Prüfquoten bis zu 45 % aller Krankenhausfälle ergeben. Dies



führe – so die Gesetzesbegründung – insbesondere bei nicht zeitnahen Prüfungen zu ‚unnötiger Bürokratie‘, nämlich zu einer teilweise erheblichen Belastung der Abläufe in den Krankenhäusern mit zusätzlichem personellen und finanziellen Aufwand sowie zu in der Regel hohen und nicht gerechtfertigten Außenständen und Liquiditätsproblemen mit Unsicherheiten bei Erlösausgleichen und Jahresabschlüssen. Um vor diesem Hintergrund ‚einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenzuwirken‘, wurde eine Aufwandspauschale von 100 Euro (ab 25.3.2009 durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.3.2009, BGBl I 534, erhöht auf 300 Euro) eingeführt. Mit dieser Pauschale sollten unter dem Blickwinkel eines angestrebten Bürokratieabbaus Anreize gesetzt werden, Einzelfallprüfungen ‚zukünftig zielorientierter und zügiger‘ einzusetzen (so zum Ganzen: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 171 zu Nummer 185 [§ 275] zu Buchst a).“

Leider hat auch dieses Gesetz sein Ziel nicht erreicht. Im Gegenteil haben in der Folge die Auseinandersetzungen an Zahl und Schärfe zugenommen. Gegenstand waren nun nicht nur fehlerhafte Rechnungen, sondern auch die Interpretation des Gesetzestextes (§ 275 Absatz 1c Satz 3):

„Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.“

Das BSG hat diverse Urteile zu der Problematik gefällt, die aus Sicht etlicher Beobachter nur das Ziel hatten, die Voraussetzungen für die Zahlung der Aufwandspauschale infrage zu stellen. In die Urteilsbegründungen hielten Be-

griffe wie „Treu und Glauben“ und „Veranlassung der Prüfung durch fehlerhafte Abrechnung“ (B 1 KR 1/10 R) Einzug.

Als Konsequenz aus der Rechtsprechung des BSG wurden wiederum vermeintliche oder tatsächliche Fehlkodierungen zum Gegenstand diverser Auseinandersetzungen. Im Grunde waren die Kodierung und die Gesamtsumme der Rechnungen (und nur um die geht es den Krankenkassen) korrekt, allerdings zog sich der Streit um die Zahlungspflicht der Aufwandspauschale stattdessen bis vor die Sozialgerichte.

Neuer Streit um „sachlich-rechnerische Richtigkeit“

Den Höhepunkt erreichte die Auseinandersetzung im Jahr 2014 mit den BSG-Urteilen vom 14. Oktober 2014 (B 1 KR 34/13 R) und vom 1. Juli

2014 (B 1 KR 29/13 R) mit der dort kreierten Formulierung von der „Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit“. Obwohl sich diese an keiner Stelle in den einschlägigen Gesetzen findet, hat sie das BSG dazu benutzt, ein neues Prüfregime zu etablieren, das nicht mehr dem § 275 SGB V und den dort geregelten Fristen und der Aufwandspauschale unterliegen soll.

Das war der Anlass für viele Krankenkassen, die Aufwandspauschale für die Prüfungen der vergangenen vier Jahre, 2010 bis 2014 (Verjährungsfrist), zurückzufordern, da es sich ja nicht um eine Rechnungsprüfung nach § 275 SGB V, sondern nur um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gehandelt habe.

Die Folge waren erneut harte Auseinandersetzungen vor den ohnehin schon überlasteten Sozialgerichten, in denen es nicht um korrekte Abrech-

Foto: Colourbox



nung und um Fragen der Fehlbelegung ging, sondern um Randerscheinungen des Prüfverfahrens, insbesondere die Aufwandspauschale.

Der Gesetzgeber sah sich deshalb mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) veranlasst, ab dem 1. Januar 2016 klarzustellen, dass unter Beteiligung des MDK jede Prüfung nach § 275 SGB V erfolgt und die darin aufgeführten Regeln (Fristen und Aufwandspauschale) gelten. Damit hat der Gesetzgeber der – nach Auffassung von Fachleuten – eigenwilligen Interpretation der Gesetze durch das BSG eine Absage erteilt.

Spannend ist es für die Beobachter nun, wie das BSG anhand dieser Sachlage zum einen mit den Altfällen umgeht und ob es die massenweise Rückforderung der Aufwandspauschalen aus den Jahren 2010 bis 2014 (die vor drei Jahren noch unstrittig bezahlt wurden) sanktioniert. Zum anderen, ob das BSG eine neue juristische Konstruktion etabliert, um die Zahlungsverpflichtung der Aufwandspauschale für die Krankenkasse zu verneinen.

Nicht zu vergessen ist auch das Ziel der Krankenkassen nach einer Analogregelung. Aus ihrer Sicht sollte eine zweite (gegensätzliche) Aufwandspauschale geschaffen werden, die die Kran-

kenhäuser im Falle einer fehlerhaften Abrechnung zu zahlen haben. Dies wird nach den genannten bisherigen Erfahrungen nur zu weiteren Auseinandersetzungen um Nebensächlichkeiten und zu einer weiteren Überlastung der Sozialgerichte führen.

Weiter ist zu beobachten, dass viele Krankenkassen Möglichkeiten und Aus- oder Umwege nutzen, um direkt mit dem Krankenhäusern zu kommunizieren. Ziel ist auch hier weniger die Verkürzung der Prüfwege als vielmehr die Umgehung des MDK zur Vermeidung der Aufwandspauschale. Auf der Gegenseite verweigern sich die Krankenhäuser oftmals dem Dialog, um den möglichen Anspruch auf die Aufwandspauschale im Falle einer Prüfung durch den MDK nicht zu gefährden.

Viel Aufwand mit zu vielen Nebenwirkungen

Es sind nicht unerhebliche Finanzsummen, die mit den Aufwandspauschalen den Weg über die Krankenkassen in die Krankenhäuser gefunden haben. Diese Summen sind auch in den Wirtschaftsplänen der Krankenhäuser entsprechend enthalten und dienen der Aufrechterhaltung des laufenden Betriebs. Der Gesetzgeber sollte aber wenig Mühe

haben, diese Gelder den Kliniken auf anderen Wegen (zum Beispiel im Rahmen von Budgetverhandlungen) zur Verfügung zu stellen. Der Weg über die Aufwandspauschale ist angesichts der damit verbundenen Nebenwirkungen (Belastung der Sozialgerichte) zu aufwendig. Zudem werden viele Ressourcen aufseiten der Krankenhäuser, der Krankenkassen und des MDK damit gebunden, Probleme zu lösen, die es ohne Aufwandspauschale gar nicht gäbe.

Die Ausführungen stellen die Privatmeinung des Autors und keine offizielle Position der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM) dar.

Dr. Erwin Horndasch
Vorstandsvorsitzender
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.
Karlsruher Straße 34/1
68766 Hockenheim
E-Mail: Erwin.Horndasch@medizincontroller.de



Vordenker gesucht

Strategischer Weitblick, unkonventionelles Denken, Veränderungswille, diplomatisches Geschick – die Initiative Gesundheitswirtschaft, die B. Braun-Stiftung und der Bibliomed-Verlag verleihen ab 2017 jährlich den Vordenker Award der Gesundheitswirtschaft.

Ausgezeichnet werden Persönlichkeiten aus allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft, die mit innovativen Ideen und Projekten Vorbild sind für die Verbesserung von Qualität und Produktivität der Versorgung. Überreicht wird die Auszeichnung während der feierlichen Dinner-Gala im Rahmen des Nationalen DRG-Forums in Berlin.

Informieren Sie sich und nominieren Sie eine Persönlichkeit der Gesundheitswirtschaft, die Ihres Erachtens den Vordenker Award verdient hat: vordenker.bibliomed.de