



Abrechnungsprüfung im Krankenhaus – Aktuelle Rechtsprechung aus erster Hand

Auf dem Herbstsymposium der DGfM in Frankfurt/Main im Herbst 2013 traf der Vortrag des Vorsitzenden Richters am Bundessozialgericht (BSG) Dr. Ulrich Hambüchen den Nerv der Mitglieder des Verbandes. Dem starken Wunsch nach einer ausführlicheren Besprechung der Grundsatzurteile des BSG folgend, fand am 5.12.2013 im Klinikum Ingolstadt eine Veranstaltung zur Abrechnung von Krankenhausleistungen unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des BSG statt.



Ass. jur. Erika Raab
Vorstandsmitglied der DGfM
Geschäftsbereich Risikomanagement

Fast vier Stunden lang stand Dr. Hambüchen den Teilnehmern zur Verfügung. Trotz bundesweit widriger Wetterbedingungen und zahlreicher Einschränkungen im Bahn- und Flugverkehr nahmen zahlreiche Teilnehmer weite Anreisen auf sich, so dass die Veranstaltung nicht regional beschränkt blieb und bis auf den letzten Platz besetzt war.

Im Vorfeld der Veranstaltung hatten die Teilnehmer der Veranstaltung zahlreiche Fragen an die Geschäftsstelle der DGfM übersandt. Die rege Diskussion der Teilnehmer zeigte deutlich die Herausforderungen auf, welche sich sowohl Krankenhäuser als auch Krankenkassen gegenüber sehen. Dr. Hambüchen gelang es, die durch die Rechtsprechung entwickelte Prüfstruktur im Rahmen der Abrechnungsprüfung verständlich aufzuzeigen. Zwei Schwerpunkte sollen an dieser Stelle noch einmal nachgezeichnet werden:

Fälligkeit von Rechnungen

Das „Vorverfahren“ – Fälligkeit der Krankenhausrechnung (BSG, U. v. 16.5.2012 – B 3 KR 14/11 R (BSGE 111,58 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24)) Das Krankenhaus übersendet der Krankenkasse per Datenträgeraustausch die Rechnung für eine Behandlung, die der in der Regel dem vertragsärztlichen Bereich zuzuordnen ist. Damit die Rechnung fällig wird und somit die Zahlungspflicht der Krankenkasse entsteht, bedarf es einer zusätzlichen Begründung zum Grund der Aufnahme. Solange das Krankenhaus der Begründungspflicht nicht nachkommt, hat die Krankenkasse das Recht, mangels Fälligkeit der Rechnung vorläufig die Zahlung zu verweigern. Die notwendige Begründung kann nachgeholt werden (BSG, U. v. 21.3.2013 – B 3 KR 28/12 R).

Da diese Konstellation in der Praxis immer wieder für Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sorgt, erfolgten nachfolgende Klarstellungen:

Diese Fallkonstellation gilt nur für jene Fälle, in welchen die Krankenkasse nach der Rechnungsübermittlung noch nicht gezahlt hat. Erfolgte bereits eine Zahlung durch die Krankenkasse, ist diese auf das MDK-Prüfverfahren im Sinne des § 275 SGB verwiesen und kann im Rahmen dieser Prüfung eine primäre Fehlbelegung prüfen lassen. Damit wurde an die Vorgehensweise einer Krankenkasse eine deutliche Absage erteilt, im Nachhinein vier Jahre rückwirkend die Begründung der stationären Aufnahme einzufordern, obwohl bereits eine Zahlung erfolgte und eine MDK-Prüfung unterblieben ist.

MDK-Prüfverfahren

Die Sechs-Wochen-Frist für die Einleitung des MDK-Prüfverfahrens auf der 3. Stufe der Sachverhaltserhebung wird nur in Gang gesetzt, wenn die Krankenkasse vom Krankenhaus über Anlass und Verlauf der stationären Behandlung ordnungsgemäß im Sinne des § 301 SGB V informiert worden ist. Geht die Begründung vom Krankenhaus bei der Krankenkasse ein, wird die Zahlung fällig.

Ausdrücklich gilt diese Begründungsanforderung ausschließlich für den Abgrenzungsbereich „ambulant/stationär“. Zusätzliche Angaben sind zudem nur zum Grund der Aufnahme erforderlich. Bei Zweifeln, ob die stationäre Krankenhausbehandlung tatsächlich medizinisch notwendig war, ist die Krankenkasse auf das reguläre Prüfverfahren durch den MDK im Rahmen des § 275 SGB V verwiesen. Ansprechpartner des Krankenhauses ist in der Regel nur die Krankenkasse, es sei denn, der jeweilige Landesvertrag nach § 112 SGB V regelt entsprechende Ausnahmen.

Probleme der Kodierung

Die ergänzende Begründung zum Grund der stationären Aufnahme ergibt sich dabei oft schon aus dem Datensatz nach § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wenn entsprechend der GA-EP-Kriterien kodierte Nebendiagnosen oder zusätzliche OPS, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind, dem Abrechnungsdatensatz beigefügt werden. Liegen entsprechende Angaben nicht vor oder dürfen diese mangels Ressourcenverbrauch nicht kodiert werden, kann auch auf andere Art und Weise (Fax/eMail auf Nachfrage der Krankenkasse) die Begründung erfolgen.

Zur regen Diskussion über die Umsetzung in der Praxis führte ein Urteil des 3. Senats des BSG (BSG, U. v. 16.5.2013 – B 3 KR 32/12 R), welches eigentlich die konsequente Fortsetzung der im 1. Senat des BSG bereits erfolgten Rechtsprechung (BSG, U. v. 13.11.2012 – B 1 KR 24/11 R, RdNr. 18) darstellt. In diesem Urteil konstatierte bereits der 1. Senat:

Es liegen Auffälligkeiten vor, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der KK verwertbare Informationen konkrete Fragen nach der rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung und nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die KK von sich aus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -

bewertung durch den MDK nicht beantworten kann.

Abrechnung und Auffälligkeiten

Für die am Abrechnungsverfahren beteiligten Parteien ergab sich daraus das Problem, was eine Auffälligkeit in diesem Sinne ist. Es liegt jedenfalls dann keine Auffälligkeit vor, wenn die Rechnungsprüfung an der unteren Grenzverweildauer zur Realisierung eines abstrakten Kürzungspotenzials dient (BSG, U. v. 16.5.2013 – B 3 KR 32/12 R). Sind keine Auffälligkeiten in diesem Sinne gegeben, kann und soll der MDK die Krankenkassen darauf hinweisen und gegebenenfalls die Prüfung verweigern. Das Krankenhaus darf wiederum die Herausgabe von dennoch angeforderten weiteren Behandlungsunterlagen, die über das für die Abrechnung Erforderliche hinausgehen, unter Hinweis auf das Fehlen von Auffälligkeiten verweigern (Konkretisierung durch BSG, U. v. 16.5.2013 – B 3 KR 32/12 R).

Die zahlreichen Beispiele aus der Praxis, welche im Rahmen der Veranstaltung diskutiert wurden, zeigten dann auch, wie schwierig sich die korrekte Anfrage gestaltet, wenn es sich um die Kürzung bei Kurzliegern in den Abschlagsbereich handelt. So stellt die Frage „Hätte der Behandlungsablauf gestrafft und der Patient eher entlassen werden können?“ eine typische unzulässige Anfrage ins Blaue hinein dar. In die gleiche Kategorie fallen standardisierte Stichworte wie „uGVD fraglich“ oder „Kurzliegerabschluss“.

Was geschieht aber, wenn das Krankenhaus trotz fehlender Konkretisierung der Auffälligkeit Unterlagen zur MDK-Prüfung zur Verfügung stellt, etwa weil die Krankenkasse auf einem Verstoß gegen die Mitwirkungspflicht bei einer Verweigerung der Herausgabe beharrt und die Argumentation des Krankenhauses nicht gelten lässt? Grundsätzlich besteht kein sogenanntes Beweisverwertungsverbot, d.h. die Krankenkasse darf die Erkenntnisse des MDK verwenden. Ein Beweisverwertungsverbot besteht nur, wenn der Krankenkasse ein so gravierendes Fehlverhalten

vorzuwerfen wäre, dass die gewonnenen Erkenntnisse nicht mehr verwertet werden dürften (sog. „Berliner Fälle“ – BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2). Im Rechtsstreit handelte es sich um einen Einzelfall, so dass „nur“ ein Verstoß gegen die Prüfvorschriften im konkreten Einzelfall vorliegt. Dabei stellte das Gericht jedoch fest, dass etwas anderes aber dann gelte, wenn eine Krankenkasse systematisch und ohne konkreten Anlass zahlreiche Behandlungsfälle an der unteren Grenzverweildauer prüft. Nach Ansicht des Gerichts legt dies den Verdacht nahe, dass es sich um reine Prüfungen zur Realisierung eines abstrakten Kürzungspotenzials handelt, denn eine Krankenhausbehandlung ist nicht allein deshalb „auffällig“, weil sie sich zeitlich innerhalb der Grenzverweildauern einer Fallpauschale hält.

Dieser Aspekt dürfte für künftige Auseinandersetzungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen sorgen, denn entsprechend der Frühjahrsumfrage von medinfo-web.de blieb 2012 bei den Prüfgründen die Verweildauer unangefochtener Spitzenreiter. Die Kliniken gaben dabei den Anteil der primären Fehlbelegungsprüfung in Kombination mit Bezug auf die untere Verweildauer im Durchschnitt mit 43,18 % an.

Danksagung

An dieser Stelle sei besonders Dr. Hambüchen vom BSG gedankt, der auf dem Herbstsymposium der DGfM kurzfristig die Zusage für die Veranstaltung erteilte. Für die sehr gute Organisation geht ein herzliches Dankeschön an die Gesundheitsakademie Ingolstadt und an Heike Scheer von der Geschäftsstelle der DGfM.

Ein besonderer Dank gilt dem Geschäftsführer der Klinikum Ingolstadt GmbH, Heribert Fastenmeier, der die Durchführung der Veranstaltung in Ingolstadt in diesem großen Rahmen ermöglicht hat. ■

Erika Raab
Ass. jur.
Vorstandsmitglied der DGfM
Risikomanagement