



# Das Erörterungsverfahren nach §17c Abs.2b KHG

## Vom Hoffnungsträger zur neuen Nahkampfbzone

Von Jens-Uwe Földner

**G**roß waren Hoffnungen und Erwartungen als erstmals die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Möglichkeit von außergerichtlichen Einigungen bei Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse auf Selbstverwaltungsebene diskutiert wurde. Getragen vom Eindruck der gefühlten und auch realen – rein quantitativen – Überlastung der Sozialgerichte schien eine vorgelagerte, fachliche Diskussion auf Augenhöhe ein echter Ausweg aus dem Dilemma der Liquiditätssicherung für die Krankenhäuser und der gerichtlichen Durchsetzung berechtigter Forderungen zu sein. Schließlich war bis zu diesem Zeitpunkt allen Beteiligten klar, dass nicht nur das prozessuale Risiko von den Krankenhäusern zu tragen war, sondern diese bis zum Abschluss eines Gerichtsverfahrens auch noch auf die dringend benötigte Bezahlung der Krankenhausleistung warten mussten. Es war dabei wenig überraschend, dass diese offensichtlichen Vorteile einer Krankenkasse in der juristischen Auseinandersetzung von diesen auch zunehmend entsprechend als Wettbewerbsvorteil genutzt wurden.

### Vermeintlicher Gamechanger MDK-Reformgesetz

Ausgehend von dieser Situation hat der Gesetzgeber im Rahmen des MDK-Reformgesetz diese Schieflage

aufgegriffen und die bekannten Änderungen auf den Weg gebracht. So stellt die Etablierung des Erörterungsverfahrens gemäß § 17c KHG Abs.2b KHG in Kombination mit den flankierenden Änderungen des §109 SGB V nach dem eine Aufrechnung durch die Kasse nur erlaubt bleibt, wenn eine Rechnerkürzung unstrittig ist oder rechtskräftig vor Gericht festgestellt wurde, eine der entscheidenden Änderungen zum bisherigen Prozedere dar. In allen anderen Fällen dürfen die Kassen ihre Rückforderungen nicht mehr gegen andere, nicht bestrittene Forderungen verrechnen. Dem gleichsam neuen Umstand des rechtswirksamen Bestreitens einer Rückforderung der Krankenkasse durch das Krankenhaus kommt also in diesem Verfahren eine besondere Bedeutung zu. Führt dieses Bestreiten im Ergebnis nicht zur Korrektur der leistungsrechtlichen Entscheidung durch die Krankenkasse, ist die Einleitung eines Erörterungsverfahrens die notwendige Folge.

Der Ablauf des Erörterungsverfahrens nach MD-Prüfung ist in § 9 PrüfvV n.F. abschließend geregelt. Damit stellt das Erörterungsverfahren eine entscheidende Änderung zur bisherigen Praxis dar und stellt die Krankenhäuser vor prozessuale Herausforderungen, die hinsichtlich des Ablaufs hier kurz noch einmal kurz dargestellt werden:

1. Bei fehlendem Einverständnis mit der Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten hat das Krankenhaus die Negativentscheidung der Krankenkasse binnen 6 Wochen nach deren Zugang inhaltlich begründet zu bestreiten (§ 9 Abs. 1 S. 1 u. 2 PrüfvV).
2. Gleichzeitig kann das Krankenhaus mit dem Bestreiten bereits das Erörterungsverfahren einleiten (§ 9 Abs. 1 S. 3 PrüfvV).
3. Bleibt die Krankenkasse nach Bewertung der Begründung durch das Krankenhaus bei ihrer ablehnenden Entscheidung, hat sie ihrerseits binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens durch das Krankenhaus die erneute Negativentscheidung mitzuteilen, wodurch dann spätestens das Erörterungsverfahren automatisch eingeleitet wird (§ 9 Abs. 4 PrüfvV).

### Vom „Gütetermin“ zum nächsten bürokratischem Monstrum

Hatte der eine oder andere Mitarbeitende im Bereich der Abrechnungsprüfung im Krankenhaus vielleicht eine verklärte Vorstellung oder den Wunsch nach „Verhandlungen auf Augenhöhe“ oder einer Art „Gütetermin“ mit dem Ziel einer echten Konsensfindung, fand er sich spätestens nach Lektüre der Regelungen bzw. nach dem Versuch deren Integration in den Klinikalltag zur

Präklusion und den Folgen einer Überschreitung der o.g. Fristen auf dem harten Boden der Krankenhausrealität wieder. Während diese Themen mit großer Detailtiefe Eingang in den Gesetzestext fanden und vor allem durch klare Sanktionierungen auffallen, überlässt der Normgeber wiederum große Teile des eigentlichen Verfahrens der Ortsebene. So bleibt es beispielsweise offen, wer seitens der Krankenkasse die Erörterungsverfahren führt bzw. über welche Qualifikation er verfügen sollte. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die (wenigen) bisher geführten Erörterungsverfahren seitens der Krankenkasse wiederum meist unter Hinzuziehung des zuständigen MD geführt werden, obwohl diesem qua Gesetz keine Rolle im Verfahren zukommt.

Andererseits regelt § 10 der PrüfV n.F. wiederum umfassend, wie umfangreich und ausführlich die Protokollierung des Verfahrens zu sein hat. Das vollständige Protokoll des durchgeführten Erörterungsverfahrens ist bei Nichteinigung mit der Krankenkasse Zugangsvoraussetzung für das Sozialgerichtsverfahren. Es ist also naheliegend, dass eine um Entlastung bestrebte Sozialgerichtsbarkeit sich in erster Linie mit der formalen Prüfung der Zugangsvoraussetzungen beschäftigen wird, um gegebenenfalls eine Klageabweisung wegen Unzulässigkeit zu erwirken. Neben einem neuen und vor allem zusätzlichen Dokumentationswahnsinn, wächst in den Krankenhäusern zunehmend die Erkenntnis, dass dieses Erörterungsverfahren aktuell rein formalistisch betrieben wird und von einer konsensorientierten Verständigung mit den Krankenkassen keine Rede sein kann. Neben den beschriebenen administrativen Mehraufwendungen steht dies im krassen Widerspruch zur Intention des Gesetzgebers.

### Neuer Ärger bereits absehbar

Selbst wenn es gelingt, die formalen Vorgaben zur Einleitung eines Erörterungsverfahrens vollumfänglich zu erfüllen und alle Fallstricke erfolgreich zu umgehen, wartet bereits die nächste Hürde auf die Krankenhäuser. Um vor Gericht die Inhalte der Patientendokumentation als Beweis einbringen zu können, muss die Patientenakte der Kasse vorher

bekannt gewesen sein. Wer hier an eine Verletzung des Datenschutzes glaubt, irrt. Dieses Vorgehen hat der Gesetzgeber den Krankenhäusern in seiner Formulierung § 17c Abs. 2b S.3 KHG ausdrücklich erlaubt. Während das „ob“ somit einer finalen Klärung unterzogen wurde, bleibt wiederum das „wie“ offen und somit in der Hand der Ortsebene.

Hierbei ist es derzeit zu beobachten, dass insbesondere die Kassenseite das Heft des Handelns übernommen und die Krankenseite mit einem bunten Potpourri an IT-Lösungen zur vermeintlich sicheren und datenschutzkonformen Übermittlung von Patientenakten konfrontiert hat.

### Je Kasse ein Verfahren zur Datenübermittlung?

Da das Erörterungsverfahren grundsätzlich einzelfallbezogen geführt werden muss, bleibt auch der Übertragungsweg der Behandlungsunterlagen ebenso individuell. Für die Krankenhäuser ergibt sich dadurch eine neue und schwer zu überspringende Hürde. Gemäß den Vorgaben der PrüfV liegt die Nachweispflicht über den ordnungsgemäßen Zugang der Unterlagen auf Krankenkassenseite – selbstverständlich unter Beachtung des Datenschutzes – ausschließlich beim Krankenhaus. Während für eine nahezu identische Datenübermittlung an den MD mittlerweile bundesweit das LE-Portal im Einsatz ist, fehlt eine solche einheitliche Lösung für das Erörterungsverfahren völlig. Es ist also hinreichend wahrscheinlich, dass zwischen jeder Krankenkasse und jedem Krankenhaus ein individueller Übertragungsweg abgestimmt und zur Nachweisführung für die Zulässigkeit einer sozialgerichtlichen Auseinandersetzung entsprechend dokumentiert werden muss.

### Der Widerstand wächst

Neben wachsendem Unmut über unbestimmte Rechtsbegriffe, unklaren Durchführungshinweisen und einem seitens des Gesetzgebers unübersehbaren Hang zu Sanktionen, ist ein zunehmender Widerstand gegen das Erörterungsverfahren zu beobachten. Dies ist umso bedauerlicher, da dieses dem Grunde nach tatsächlich das Potenzial besitzt, die

Sozialgerichte zu entlasten. Es setzt aber voraus, dass dieses Verfahren von beiden Seiten mit dem klaren Ziel der Konsensfindung geführt und durch tatsächlich realisierbare Formvorgaben flankiert wird. Das gegenseitige Belauern und Hoffen auf den Fehler des jeweils anderen scheint dabei wenig zielführend.

Aber auch der Gesetzgeber ist hier nochmals dringend zum Nachbessern aufgefordert, denn die aktuell aufgezeigten Regelungslücken tragen nicht gerade zu einer Entspannung der Gesamtsituation bei. ■

**Jens-Uwe Földner**  
Vorsitzender des Regionalverbandes  
Mitteldeutschland der DGfM



Jens-Uwe Földner