



Aktuelle Fragen zur Abrechnung von ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung

Hier: Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c SGB V

von Rechtsanwältin Dr. Birgit Berninghausen*

Die mit Wirkung vom 01.04.2007 eingeführte Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c SGB V führt in der Auseinandersetzung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen weiterhin zu Diskussionsbedarf. Die Aufwandspauschale wurde von anfangs EUR 100,00 ab dem 25.03.2009 auf einen Betrag von EUR 300,00 erhöht.

Die aktuelle gesetzliche Regelung lautet:

„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von EUR 300,00 zu entrichten.“
(§ 275 Abs. 1c SGB V)

Fallkonstellation 1:

Für einen Fall aus September 2007 liegt dem Klinikum keine Prüfungsanzeige vor. Es gingen lediglich Prüfungsanzeigen für andere Fälle des gleichen Patienten ein. Die Kasse hat wegen angeblicher Fehlbelegung den Vergütungsbetrag verrechnet. Klage?

Nach dem Gesetzeswortlaut wird die Prüfung durch den entsprechenden Prüfauftrag der Krankenkasse sowie durch die Anzeige des Prüfauftrages durch den beauftragten Medizinischen Dienst gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet. Die Prüfungsanzeige des Medizinischen Dienstes ist daher Voraussetzung der Prüfung. Die Durchführung eines Prüfverfahrens gemäß § 275 SGB V ohne eine solche Prüfungsanzeige des MDK ist dagegen unzulässig. Dies gilt in gleicher Weise für Prüfungen ohne entsprechende Prüfungsanzeige oder mit verspäteten Prüfungsanzeigen. Der Gesetzgeber hat in seiner amtlichen Begründung zur Einführung dieser Fristenregelung entsprechend Folgendes ausgeführt:

„Durch Satz 2 wird nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse eine Ausschlussfrist von sechs Wochen eingeführt, innerhalb derer die Krankenkasse die Prüfung einzuleiten und der Medizinische Dienst dem Krankenhaus die Prüfung anzuzeigen hat. Prüfungen, die nach Ablauf dieses Zeitraumes dem Krankenhaus angezeigt werden, sind nicht zulässig.“
(Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, amtliche Begründung zur Neuregelung des § 275 Abs. 1c SGB V, Drucksache 16/3100, Seite 171)

Ohne eine Prüfungsanzeige des Medizinischen Dienstes hinsichtlich des konkreten Behandlungsfalles ist eine Prüfung gemäß § 275 Abs. 1c SGB V damit ebenso unzulässig wie eine darauf gegründete Absetzung des Vergütungsbetrages. Nach Verstreichen der 6-Wochen-Frist kann daher einer Absetzung bereits mit dem Argument einer fehlenden Prüfungsanzeige des MDK widersprochen werden. In dem konkreten Patientenfall sollte daher Klage mit dem Hinweis auf das Nichtvorliegen der Prüfungsanzeige des MDK erhoben werden.

Fallkonstellation 2:

Die Krankenkasse ist der Meinung, bei Prüfung auf Fallzusammenführung würde die Aufwandspauschale nur einmal fällig. Das Klinikum hat laut Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft für beide Fälle eine Aufwandspauschale abgerechnet. Was nun?

Aus der oben zitierten gesetzlichen Regelung ergibt sich keine Einschränkung für die Konstellation der Fallzusammenführung. Liegen nach Auffassung des Klinikums zwei unterschiedliche Behandlungsfälle vor, die getrennt abzurechnen sind, so ist für beide Fälle eine Prüfungsanzeige im Sinne des § 275 Abs. 1c SGB V erforderlich. Erfolgt keine Fallzusammenführung und auch keine Herabsetzung der beiden Vergütungsbeträge aus anderen Gründen, so ist in beiden Behandlungsfällen keine Minderung des Abrechnungsbetrages erfolgt. Damit steht



dem Klinikum für beide Behandlungsfälle die Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c SGB V zu. Beide Aufwandspauschalen sollten daher eingeklagt werden.

Bekannt ist, dass die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen in ihrem Positionspapier vom 02.08.2007 gefordert haben, jeweils nur eine Aufwandspauschale pro Behandlungsfall abzurechnen. Dies soll insbesondere auch für die Fälle der Fallzusammenführung gelten. Diese Auffassung ist jedoch nicht zutreffend. Liegen die Voraussetzungen der Fallzusammenführung nicht vor, so verbleibt es bei zwei getrennten Behandlungsfällen, für die eine gesonderte Prüfung veranlasst wurde und für die mangels Minderung des Rechnungsbetrages auch eine Aufwandspauschale gerechtfertigt ist.

Fallkonstellation 3:

Steht dem Klinikum auch eine Aufwandspauschale zu, wenn die Überprüfung durch den MDK zu einer Erhöhung des Rechnungsbetrages führt?

Nach der gesetzlichen Regelung setzt die Geltendmachung der Aufwandspauschale eine Minderung des Abrechnungsbetrages voraus. Der Gesetzgeber hat bei der Schaffung dieser Regelung die Konstellation einer Erhöhung des Rechnungsbetrages wie auch eine Bestätigung der Vergütungsrechnung des Klinikums im Rahmen der Überprüfung mit berücksichtigt. Gleichwohl wurde die Aufwandspauschale lediglich für die Konstellation der Minderung geschaffen. Dass dies nicht in allen Fällen zu einem Ergebnis in Interesse der Krankenkassen führen kann, hat der Gesetzgeber dabei hingenommen und dazu in seiner amtlichen Begründung Folgendes ausgeführt:

„Um einer ungezählten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenzuwirken, wird mit Satz 3 eine Aufwandspauschale von EUR 100,00 eingeführt. Diese ist von der prüfungseinleitenden Krankenkasse an das Krankenhaus zu entrichten. Die Aufwandspauschale ist nach Satz 3 für alle diejenigen Krankenhaufälle zu zahlen, in denen die Einzelfallprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages durch die Krankenkasse führt. Die Verpflichtung zur Zahlung einer Aufwandspauschale durch die Krankenkasse entsteht somit grundsätzlich unabhängig davon, ob eine Rechnung bereits beglichen ist oder nicht. Das betroffene Krankenhaus hat der jeweiligen Krankenkasse die Aufwandspauschale in Rechnung zu stellen; zur Vermeidung unnötigen bürokratischen Aufwands gegebenenfalls in Form einer Sammelrechnung.

Das Recht der Krankenkassen zur Einleitung erforderlicher Prüfungen bleibt durch die Einführung einer Aufwandspauschale für die Prüfung nicht minderbarer Rechnungen unbenommen. 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 Fehlrechnungen mit zu hohen oder zu niedrigen Rechnungsbeträgen grundsätzlich nicht auszuschließen. Dennoch können Krankenkassen, die ihre Einzelfallprüfung gezielt durchführen, Mehrausgaben weitgehend vermeiden.“

(Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, amtliche Begründung zur Neuregelung des § 275 Abs. 1c SGB V, Drucksache 16/3100, Seite 177)

Die Aufwandspauschale ist daher nach dem Gesetzeswortlaut nur in der Konstellation gerechtfertigt, in der die Überprüfung durch den MDK nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages führt. Sie kann daher von Seiten des Klinikums immer dann in Rechnung gestellt werden, wenn die Überprüfung durch den MDK die Bestätigung der Vergütungsabrechnung des Klinikums ergeben hat. Ebenso ist die Aufwandspauschale gerechtfertigt, wenn von Seiten des MDK eine höhere Vergütung empfohlen wird.

Diese Auffassung wurde durch eine Entscheidung des Landessozialgerichtes Rheinland-Pfalz vom 09.07.2009 bestätigt. Dort kam im Rahmen der Überprüfung der Vergütungsrechnung des Krankenhauses der MDK zu dem Ergebnis, dass die Kodierung der Patientenfälle nicht zutreffend war. Der Kodierungsvorschlag des MDK führte dazu, dass sich die Vergütung des Krankenhauses erhöhte. Die beklagte Krankenkasse hatte der Zahlung der Aufwandspauschale mit dem Hinweis widersprochen, dass die Überprüfung durch eine Fehlkodierung des Krankenhauses veranlasst worden war. Das Landessozialgericht hat dagegen die Krankenkasse zur Zahlung der Aufwandspauschale unter Verweis auf die amtliche Begründung zur Schaffung dieser Neuregelung verurteilt und darauf verwiesen, dass es vorrangiges Ziel des Gesetzgebers war, mit dieser Regelung die Zahl der Einzelfallprüfungen durch den MDK einzuschränken. Damit ist es vereinbar, wenn bei Fehlrechnungen zu Ungunsten der Krankenhäuser die Aufwandspauschale ebenfalls anfällt. Diese Rechtsauffassung werde bereits aus dem Gesetzeswortlaut begründet, so dass die Berufung gegen diese Entscheidung nicht zugelassen wurde (LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 09.07.2009, L 5 KR 90//09 NZB).



Fallkonstellation 4:

Die Krankenkasse hat nach Einleitung eines Prüfverfahrens eine Verrechnung vorgenommen. Nach Absetzung des Verrechnungsbetrages fordert sie Auszüge aus der Patientendokumentation an. Ist dies zulässig?

In § 275 Abs. 1c SGB V ist lediglich geregelt, dass die entsprechende Prüfung durch den Prüfungsauftrag der Krankenkasse sowie die Mitteilung des MDK an das Krankenhaus eingeleitet wird. Eine ausdrückliche Regelung zur Beendigung des Prüfverfahrens findet sich nicht. Aus der zitierten Regelung zur Aufwandspauschale kann jedoch geschlossen werden, dass von Seiten des Gesetzgebers die Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V als beendet angesehen wird, wenn eine Minderung des Abrechnungsbetrages erfolgt ist:

„Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von EUR 100,00 zu entrichten.“

Setzt die Krankenkasse daher einen von ihr behaupteten Minderungsbetrag ab, zeigt sie damit, dass nach ihrer Auffassung das Prüfverfahren mit einer entsprechenden Entscheidung beendet wurde. Nach Beendigung des Prüfverfahrens besteht jedoch keine Veranlassung mehr, weitere Auszüge aus der Patientendokumentation anzufordern. Damit kann ein entsprechendes Ansinnen der Krankenkasse zurückgewiesen werden, wenn bereits eine Absetzung des Vergütungsbetrages erfolgt ist.

Eine Bestätigung dieser Auffassung ist erneut der amtlichen Begründung zu dieser Neuregelung zu entnehmen. Nach der Intention des Gesetzgebers dient die Schaffung der 6-Wochen-Frist sowie der Aufwandspauschale insbesondere dazu, den organisatorischen Aufwand der Krankenhäuser durch die Einzelfallprüfungen des MDK zu verringern. Dieses Ziel wird jedoch nicht erreicht, wenn die Krankenkassen zunächst eine Prüfung nach § 275 SGB V einleiten, den Vergütungsbetrag ganz oder teilweise absetzen, anschließend in eine weitere Prüfung eintreten und Auszüge aus der Patientendokumentation anfordern. Aus unserer Sicht sollten die Krankenkassen vielmehr gezwungen werden, vor einer Entscheidung über die teilweise oder vollständige Absetzung des Vergütungsbetrages den Fall vollständig und abschließend zu prüfen. Solange daher keine Absetzung eines Vergütungsbetrages erfolgt ist, sind Anforderungen hinsichtlich Auszügen aus der Patientendokumentation positiv zu beantworten. Ist bereits eine Absetzung erfolgt, sollte eine derartige Aufforderung unter Hinweis auf eine eventuelle Klage vor dem Sozialgericht abgelehnt werden.

Fallkonstellation 5:

Die Krankenkasse will nach einem MDK-Gutachten, das die Vergütungsabrechnung des Krankenhauses bestätigt hat, die Aufwandspauschale nicht zahlen, da es sich um eine Entbindung gemäß § 197 RVO handele. Hat die AOK Recht?

Nach historisch tradierter Auffassung handelt es sich bei einer Entbindung nicht um eine Krankheit. Der Anspruch der versicherten Mutter auf eine Behandlung im Krankenhaus zum Zwecke der Entbindung wird daher weiterhin außerhalb des § 39 SGB V durch § 197 Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelt. Dieser lautet:

„Wird die Versicherte zur Entbindung in einem Krankenhaus oder eine andere Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene auch Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 39 Abs. 2 des SGBV gilt entsprechend.“

In der Fassung dieser Regelung bis zum 31.03.2007 war der Anspruch auf längstens sechs Tage nach der Entbindung begrenzt. Die Regelung wurde angesichts der Schaffung von Fallpauschalen für die Entbindung aufgehoben. Fraglich ist daher, ob die Krankenkasse gleichwohl zu einer Prüfung gemäß § 275 Abs. 1 SGB V berechtigt und bei entsprechendem Vorliegen der Voraussetzungen auch zu einer Zahlung der Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c SGB V verpflichtet ist. Diese Konstellation wurde nunmehr vom Sozialgericht Koblenz in einem Urteil vom 05.08.2009 entschieden. Das Gericht hat dabei darauf hingewiesen, dass unabhängig unter welchem Gesichtspunkt die Prüfung durch die Krankenkasse gemäß § 275 Abs. 1 SGB V eingeleitet worden war, letztere jedenfalls nicht zur Zahlung der Aufwandspauschale verpflichtet sei. Begründet wird diese Auffassung mit der einschränkenden gesetzlichen Regelung in der oben zitierten Fassung des § 275 Abs. 1c SGB V:

„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist ...“

Da es sich bei einer Entbindung gerade nicht um eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V handelt, ist die Krankenkasse daher selbst bei einem für das Klinikum positiven MDK-Gutachten nicht zur Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V verpflichtet.

Andererseits ist die Krankenkasse berechtigt, eine entsprechende Überprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 durchzuführen, da diese Regelung keine Einschränkung hinsichtlich einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V enthält.



Angesichts dieses unbefriedigenden Auslegungsergebnisses, das jedoch aufgrund des Wortlautes der Regelung nicht zu umgehen war, hat das Gericht wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Angelegenheit die Berufung zum Landessozialgericht zugelassen.

Es ist davon auszugehen, dass bei der Schaffung des § 275 Abs. 1c SGB V diese Sonderkonstellation der Entbindung nach § 197 RVO aufgrund eines Redaktionsversehens schlicht unberücksichtigt blieb. Die Berufungsentscheidung bleibt abzuwarten.

Fallkonstellation 6:

Von Seiten der Krankenkasse wird eine Überprüfung gemäß § 275 SGB V während eines laufenden stationären Aufenthaltes ohne bisherige Abrechnung bzw. nach Erstellung einer Zwischenrechnung eingeleitet, die die stationäre Behandlungsnotwendigkeit bzw. die zutreffende Rechnungslegung bestätigt. Steht dem Klinikum eine Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V zu?

Diese Konstellationen sind derzeit sehr umstritten. Nach positiven Urteilen der ersten Instanz in diversen Bundesländern hat das hessische Landessozialgericht mit Urteil vom 12.11.2009 die Verpflichtung zur Zahlung der Aufwandspauschale zumindest in der ersten Konstellation abgelehnt. Die Revision vor dem Bundessozialgericht ist anhängig (B 1 KR 30/09 R).

Zu unterscheiden sind drei Konstellationen:

a)
Die Überprüfung gemäß § 275 SGB V wird eingeleitet, nachdem von Seiten des Klinikums die Schlussrechnung erstellt wurde.

Hier besteht eindeutig und unstreitig ein Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale, wenn die Überprüfung nicht zu einer Herabsetzung des Vergütungsbetrages führt.

b)
Die Prüfung nach § 275 SGB V wird eingeleitet, ohne dass eine Zwischen- oder Schlussrechnung erstellt wurde, z. B. aufgrund eines Antrages zur Kostenübernahme bzw. Verlängerung der Kostenzusage.

Die Auffassung der Sozialgerichte hierzu ist unterschiedlich. Das Sozialgericht Kassel hatte die Auffassung vertreten, dass eine Aufwandspauschale auch dann zu zahlen ist, wenn noch keinerlei Abrechnungen erstellt wurden. Dieser Auffassung war auch das Landessozialge-

richt Rheinland-Pfalz gefolgt. Das hessische Landessozialgericht hat in seiner Entscheidung von November 2009 die Verpflichtung zur Zahlung einer Aufwandspauschale abgelehnt. Die Revision ist anhängig. Eine einheitliche Rechtsprechung liegt daher derzeit nicht vor.

Hintergrund der Auseinandersetzung ist die Formulierung der gesetzlichen Regelung selbst, die in dieser Fragestellung nicht eindeutig ist. Der oben bereits zitierte § 275 Abs. 1c SGB V lautet bekanntlich:

„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen.“

Dieser Verweis auf die Regelung in § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V umfasst beide Arten der Abrechnung der Prüfungskonstellation, nämlich die „Verweildauerprüfung“ und die „Abrechnungsprüfung“. § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V lautet nämlich:

„Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung (Verweildauerprüfung) sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung (Abrechnungsprüfung), ... eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.“

Die Regelung zur Zahlung einer Aufwandspauschale bezieht sich daher nach der Formulierung des Gesetzestextes auf beide Konstellationen. Das hessische Landessozialgericht hat jedoch zu Recht darauf hingewiesen, dass insbesondere aus der amtlichen Begründung zu dieser Neuregelung zu entnehmen sei, dass lediglich die Konstellation der Abrechnungsprüfung in Bezug genommen werden soll. Das Gericht hat insoweit ausgeführt:

„Voraussetzung für die Verpflichtung zur Entrichtung der Aufwandspauschale ist nach dem Wortlaut des § 275 Abs. 1c SGB V, dass die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Damit kann die Pauschale erst anfallen, wenn bereits eine Abrechnung erfolgt ist. Fälle, in denen Notwendigkeit und Dauer einer stationären Behandlung unabhängig von einer erstellten Rechnung überprüft werden, werden von dieser Vorschrift hingegen nicht erfasst. Dies gilt insbesondere für die Prüfung seitens der Krankenkasse, ob die medizinischen Voraussetzungen für die Verlängerung einer stationären Behandlung vorliegen. Denn die Prüfung der Verweildauer ist keine Abrechnungsüberprüfung. Diese Prüfung erfolgt vielmehr vor der Erstellung einer Abrechnung. Sie kann mithin nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen.“



Es ist auch nicht davon auszugehen, dass der Gesetzgeber mit § 275 Abs. 1c SGB V entgegen dessen Wortlaut einen Anspruch auf Leistung einer Aufwandspauschale bei Prüfung der Verweildauer hat regeln wollen. In der Gesetzesbegründung wird auf den Handlungsbedarf im Hinblick auf den Umfang der gutachterlichen Stellungnahmen des MDK im Rahmen der Einzelfallprüfungen hingewiesen. ... Dabei wird betont, dass diese Überprüfungen zu hohen und nicht gerechtfertigten Außenständen und Liquidationsproblemen führten. Eine zeitnahe Prüfung sei nicht immer gewährleistet. Teilweise würden weit zurückliegende Fälle aus Vorjahren geprüft. Dies führe auch zu Unsicherheiten bei Erlösausgleich und Jahresabschlüssen. Dieser Verweis auf Außenstände, Liquidationsprobleme und nicht zeitnahe Prüfungen macht deutlich, dass der Gesetzgeber die Anzahl übermäßiger Abrechnungsüberprüfungen verringern wollte. Dass § 275 Abs. 1c SGB V auch auf Verweildauerprüfungen anwendbar sein soll, kann dieser Gesetzesbegründung hingegen nicht entnommen werden. Denn diese Prüfungen erfolgen vor der Abrechnung, und zwar regelmäßig noch während des stationären Aufenthaltes des Versicherten. Sie führen daher nicht zu den erwähnten Außenständen und Liquidationsproblemen.“ (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 12.11.2009, L 1 KR 90/09, zitiert nach juris, Rz. 20, 21)

Da der Anspruch auf die Zahlung einer Aufwandspauschale nach dem Gesetzeswortlaut nur entstehen kann, wenn die Prüfung zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, setzt die Verpflichtung zur Zahlung der Aufwandspauschale denklogisch eine bereits erfolgte Abrechnung des ganzen oder teilweisen stationären Aufenthaltes des Patienten voraus. Diese Auslegung ist daher trotz des ungenauen Verweises (richtigerweise hätte der Gesetzestext lauten müssen: „Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zweite Alternative zeitnah durchzuführen...“) zutreffend.

Eine Aufwandspauschale sollte daher nur dann geltend gemacht werden, wenn bereits eine Zwischenabrechnung oder Schlussrechnung erfolgt ist.

c)
Eine Zwischenabrechnung wurde bereits erstellt. Die Prüfung wird eingeleitet, während der Patient sich noch in stationärer Behandlung befindet.

In dieser Konstellation ist grundsätzlich aufgrund der bereits erfolgten Abrechnung der Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale eröffnet. Weitere Voraussetzung ist jedoch, dass die Prüfung zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt. Eine Aufwandspauschale kann daher nur geltend gemacht werden, wenn von Seiten der Krankenkasse der bereits abgerechnete stationäre Aufenthalt mit dem Ergebnis geprüft wurde, dass keine Min-

derung des Abrechnungsbetrages erfolgen muss, die Abrechnung des Klinikums daher bestätigt oder gegebenenfalls eine höhere Vergütung von Seiten des MDK vorgeschlagen wurde. Wird hingegen der stationäre Aufenthalt aufgrund eines Antrages auf Verlängerung der Kostenzusage von Seiten der Krankenkasse im Hinblick auf die noch nötige **zukünftige** Behandlung des Patienten geprüft, kann keine Minderung eines bereits abgerechneten Betrages stattfinden (die zukünftige stationäre Behandlung ist noch nicht abgerechnet), so dass es an der zweiten Voraussetzung fehlt.

Die bisherigen Fallkonstellationen zeigen, dass häufig eine Unterscheidung zwischen der Verweildauer- und der Abrechnungsprüfung problematisch ist, da die Kasse eigentlich beabsichtigt, die weitere medizinische Notwendigkeit der Verweildauer des Patienten zu überprüfen, dabei jedoch den bisherigen Aufenthalt in Bezug nimmt, obwohl diesbezüglich weder eine Verweildauerprüfung noch eine Abrechnungsprüfung erfolgen soll. Auch ist der Verweis in den Anschreiben des MDK auf die gesetzlichen Regelungen häufig nicht eindeutig. Auch bei Verweildauerprüfungen wird häufig die Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V zitiert, obwohl diese gesetzliche Norm nicht einschlägig ist. Gleichzeitig gehen die Sozialgerichte in ständiger Rechtsprechung von einer permanenten Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den gesetzlichen Krankenkassen und einem damit einhergehenden Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme und Fairness aus. Unter Berücksichtigung dieser Verpflichtung sollte daher in Fällen, in denen erkennbar die weitere Verweildauer des Patienten und nicht der bereits zurückliegende Aufenthalt geprüft werden soll, keine Aufwandspauschale in Rechnung gestellt werden.

Fallkonstellation 7:

Die Prüfung durch den MDK führt zu der Feststellung, dass die Kodierung des Klinikums unzutreffend war. Eine Änderung der Fallpauschale oder des Vergütungsbetrages resultiert daraus jedoch nicht. Ist die Aufwandspauschale gerechtfertigt?

Nach der gesetzlichen Regelung ist eine Aufwandspauschale nur dann gerechtfertigt, wenn die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt. In der vorliegenden Konstellation bleibt der Abrechnungsbetrag identisch. Damit ist nach dem Wortlaut der gesetzlichen Regelung die Aufwandspauschale gerechtfertigt.

Diese Auffassung wurde im vergangenen Jahr durch das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz (Urteil vom 06.08.2009, L 5 KR 139/08) bestätigt. Das Gericht hat dabei insbesondere auf die amtliche Begründung zur Schaffung dieser Neuregelung verwiesen. Danach soll durch die Regelung gerade keine Einzelfallgerechtigkeit



geschaffen werden. Auch wenn die Kodierung im konkreten Fall nicht zutreffend sei, so sei allein entscheidend, ob eine Herabsetzung des Abrechnungsbetrages erfolge. In dieser Konstellation kann daher die Aufwandspauschale in Rechnung gestellt werden.

Fallkonstellation 8:

Die Überprüfung des MDK ergibt, dass die Kodierung des Klinikums den Patientenfall nicht korrekt abbildet. Der MDK hält die Kodierung einer zusätzlichen Nebendiagnose für erforderlich. Dies resultiert in einer anderen DRG mit einem höheren Vergütungsanspruch. Das Klinikum storniert die erste Rechnung und stellt den höheren Vergütungsbetrag in Rechnung. Ist die Aufwandspauschale zu zahlen?

In dem genannten, vom Sozialgericht Darmstadt am 23.09.2009 (S 10 KR 119/08) entschiedenen Fall führte die Überprüfung des MDK aufgrund der Ungereimtheiten zwischen der Verweildauer und der Kodierung des Klinikums zur Kodierung einer weiteren Nebendiagnose und damit zu einer deutlich abweichenden DRG bei gleichzeitigem höheren Vergütungsanspruch. Nach dem Wortlaut der gesetzlichen Regelung lag daher keine „Minderung“ des Rechnungsbetrages vor. Formal war daher nach dem Gesetzeswortlaut die Aufwandspauschale gerechtfertigt.

Das Sozialgericht Darmstadt folgte dieser Auffassung des klagenden Krankenhauses jedoch nicht und führte aus:

„Soweit die Klägerin dem gegenüber die Auffassung vertritt, dass die Aufwandspauschale allein dadurch entstanden sei, dass es nicht zu einer Minderung (= Kürzung) der Rechnung gekommen war, vielmehr sogar ein höherer Rechnungsbetrag entstanden sei, folgt dem die Kammer nicht. Denn nach dem System der §§ 39, 275 Abs. 1c, 276 SGB V ergibt sich, dass die Aufwandspauschale letztlich nur dann entstehen soll, wenn die von der Krankenkasse eingeleitete Einzelfallprüfung durch den MDK dazu geführt hat, dass dieser die Rechnung – sei es hinsichtlich der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung, sei es in Bezug auf die Verweildauer, sei es aber auch hinsichtlich der richtigen Daten – nicht beanstandet hat, vielmehr für ausdrücklich richtig ansieht. Denn dann – und nur dann – war der von dem Krankenhaus zur Vorlage der Unterlagen an den MDK notwendige Aufwand nicht gerechtfertigt und damit die dafür pauschalierten Kosten dem Krankenhaus zu erstatten.“

So liegt der Fall hier jedoch nicht. Vielmehr hat die Prüfung des MDK vom 18.11.2007 ergeben, dass die von der Klägerin mit der ursprünglichen Rechnung abgerechnete Leistung (akuter Myokardinfarkt ohne invasive kar-

diologische Diagnostik mit äußerst schweren CC oder schwerer Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC (DRG F60A)) der tatsächlich erfolgten Krankenhausbehandlung in keiner Weise gerecht wurde, sondern der Versicherte wegen Neuimplantation eines Kardioverter / Defibrillator, 2-Kammer-Stimulation, ohne zusätzliche Herz- oder Gefäßeingriffe (DRG F01F) vom 29.05. bis 20.06.2007 stationär behandelt worden war. Damit wird ein völlig anderer Sachverhalt als Grundlage der Abrechnung festgestellt, was offenbar auch die Klägerin so sah, da sie der Beklagten die geänderte Rechnung vorgelegt hatte. Insoweit wurde die Rechnung im Einverständnis beider Seiten storniert und eine neue Rechnung mit richtiger DRG erstellt.

Im Übrigen teilt die Kammer nicht die Rechtsauffassung, dass die Angabe einer falschen DRG-Ziffer und damit eine falsch klassifizierte Krankenhausbehandlung, die Anlass für die Krankenkasse war, den konkreten Einzelfall durch den MDK auf seine Richtigkeit überprüfen zu lassen, für die Entstehung der Aufwandspauschale keine Bedeutung hat, wenn sie sogar zu einem erhöhten Vergütungsanspruch des Krankenhauses führt. Dies steht mit dem oben beschriebenen Sinn und Zweck der Regelung nicht im Einklang.

(Sozialgericht Darmstadt, Urteil vom 23.09.2009, 10 KR 119/08, zitiert nach juris)

Nach dieser den Gesetzeswortlaut einschränkenden Auslegung des Sozialgerichtes Darmstadt wäre eine Aufwandspauschale immer nur dann gerechtfertigt, wenn die Vergütungsabrechnung des Klinikums letztlich unbeanstandet bleibt. Unter diese Auslegung würden dann möglicherweise auch die soeben beschriebenen Fälle einer fehlerhaften Kodierung bei identischem Vergütungsanspruch zu fassen sein. Das Sozialgericht Darmstadt hat aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Angelegenheit die Berufung zugelassen. Diese ist vor dem Landessozialgericht Darmstadt (L 8 KR 286/09) anhängig.

Ausgehend von der Zielrichtung der Einführung der Aufwandspauschale durch den Gesetzgeber kann argumentiert werden, dass letztlich, auch nach der amtlichen Begründung, eine pauschalierende Regelung getroffen wurde, bei deren Schaffung bereits in Kauf genommen wurde, dass keine Detailgerechtigkeit erfolgen kann. Ungereimtheiten in Einzelfällen wurden durch den Gesetzgeber daher ausdrücklich hingenommen. Dem Gesetzgeber wäre es möglich gewesen, eine Regelung auch für die Konstellation einer Erhöhung oder einer Bestätigung der Vergütungsrechnung zu treffen. Dies ist nicht erfolgt. Insoweit ist, abweichend von der Rechtsprechung des Sozialgerichtes Darmstadt, keine Auslegung über den Wortlaut hinaus möglich. Eine Aufwandspauschale ist vielmehr, nach hiesiger Auffassung, auch dann gerechtfertigt, wenn die Überprüfung durch den MDK zu einer



Erhöhung des Vergütungsanspruches führt. Die weitere Rechtsprechung bleibt abzuwarten.

Fallkonstellation 9:

Die Krankenkasse erteilt einen Prüfungsauftrag einerseits hinsichtlich der korrekten Prozedur, andererseits hinsichtlich der Überschreitung der oberen Grenzverweildauer. Durch den MDK wird mittels einer Begehung im Krankenhaus und Erörterung mit den behandelnden Ärzten zunächst nur die Frage der Kodierung der Prozedur erörtert und die Prozedur bestätigt. Sodann fordert die Krankenkasse den MDK auf, die Angelegenheit auch im Hinblick auf die zweite Fragestellung noch zu begutachten. Daraufhin findet eine zweite Erörterung und Begehung im Krankenhaus statt. Auch hier wird die Behandlungsnotwendigkeit des Krankenhauses und der entsprechende Vergütungsanspruch wegen Überschreitens der oberen Grenzverweildauer bestätigt. Das Krankenhaus stellt daraufhin zweimal die Aufwandspauschale in Rechnung. Ist dies gerechtfertigt?

Im konkreten Fall, der durch das Sozialgericht Koblenz im August 2009 entschieden wurde, hatte das Krankenhaus die Auffassung vertreten, dass durch den Prüfungsauftrag der Krankenkasse zweimal ein Aufwand durch die Erörterung der Angelegenheit mit den behandelnden Ärzten sowie eine Begehung im Krankenhaus durch den MDK entstanden sei. Dadurch sei auch zweimal die Aufwandspauschale gerechtfertigt. Das Gericht hat dagegen die Klage hinsichtlich der zweiten Aufwandspauschale abgewiesen und darauf abgestellt, dass von Seiten der Krankenkasse ein zweigeteilter Prüfungsauftrag erteilt worden sei, der lediglich durch den MDK nicht in einem Termin erledigt wurde. Da der Krankenkasse das Verschulden des MDK nicht zugerechnet werden könne, sei darauf abzustellen, dass die Krankenkasse nur einen Prüfungsauftrag erteilt habe. Daher sei auch die Aufwandspauschale nur einmal gerechtfertigt (Sozialgericht Koblenz, Urteil vom 05.08.2009, S 6 KR 405/08). Auch hier hat das Sozialgericht Koblenz die Berufung wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Angelegenheit zugelassen. Die Berufungsentscheidung steht noch aus.

Die Entscheidung des Gerichtes, die allein auf das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse abstellt, ist zutreffend, auch wenn damit letztlich der Zweck der gesetzlichen Regelung nicht vollständig erreicht wird, da dem Krankenhaus ein zweimaliger Aufwand entsteht. Solange jedoch bundesweit in der Rechtsprechung die Auffassung vertreten wird, dass die Krankenkassen für die Handlungen des MDK nicht haften, ist diese Entscheidung folgerichtig. Erteilt die Krankenkasse nur einen Prüfungsauftrag, so „haftet“ sie für dessen Ergebnis

auch nur durch die Zahlung einer Aufwandspauschale. Letztlich fällt diese Konstellation wie viele der vorgenannten unter die Zielrichtung der gesetzlichen Regelung, eine pauschalierende Aufwandspauschale zu schaffen, ohne eine gerechte Entscheidung in jedem Einzelfall herbeizuführen.

Fallkonstellation 10:

Die Krankenkasse will im Jahre 2010 Fälle aus 2008 hinsichtlich bestimmter OPS Ziffern prüfen. Sie begründet die Nichteinhaltung der 6 Wochen-Frist mit dem Satz „...Da es sich um einen Fehler in der Anwendung der OPS Klassifikation handelt, ist gemäß § 275 SGB V auch eine Prüfung außerhalb der 6 Wochen Frist möglich“. Ist diese Auffassung zutreffend?

Der Gesetzgeber hat zwei Prüfungsmöglichkeiten geschaffen, die unabhängig voneinander bestehen. Zum einen können nach einer mehrheitlichen Entscheidung der Krankenkassen verdachtsunabhängige Prüfungen nach § 17c KHG durchgeführt werden. Nach den Gemeinsamen Empfehlungen der DKG und der gesetzlichen Krankenkassen vom 06.04.04 sind diese in einem standardisierten und anonymisierten Verfahren durchzuführen, in dem nach einem klar definierten Prüfauftrag stichprobenartig einzelne Fälle aus einer Fallgesamtheit überprüft werden. Die Einleitung einer Prüfung nach § 17c KHG ist nicht an eine bestimmte Frist gebunden. Sie setzt allerdings eine mehrheitliche Entscheidung der Kassen ebenso voraus wie eine dem Zufallsverfahren unterliegende Stichprobenprüfung. In diesem Prüfverfahren kann daher eine Einleitung weder durch eine Kasse allein noch hinsichtlich bestimmter Einzelfälle erfolgen.

Alternativ kann lediglich das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 i.V.m. Abs. 1c SGB V eingeleitet werden. Die Einleitung dieses Verfahrens ist seit dem 01.04.2007 an eine Frist von 6 Wochen gebunden. Diese Frist gilt unabhängig davon, ob die medizinische Behandlung oder die Kodierung des Patientenfalles überprüft werden soll. Auch die Überprüfung der Voraussetzungen der Kodierung einer bestimmten Prozedur nach dem OPS ist Bestandteil dieser Prüfungen, die von einer einzelnen Kasse und hinsichtlich bestimmter Einzelfälle eingeleitet werden kann. Nach Ablauf der 6 Wochen Frist ist eine Überprüfung nicht mehr zulässig. Die Übersendung von Unterlagen sollte abgelehnt werden. Bei Absetzung von Vergütungsanteilen sollte Klage erhoben werden.



Hinweis

Unser Jusletter beruht auf einer sorgfältigen Recherche der Rechtslage. Deren allgemeine Darstellung kann die Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles jedoch nicht berücksichtigen. Der Jusletter dient nur der Information und ist keine vertragliche Beratungsleistung. Er kann deshalb eine individuelle Rechtsberatung nicht ersetzen.

Diesen und weitere Jusletter finden Sie auf unserer Website www.ahlers-vogel.de.

Kontakt

Ahlers & Vogel _ Bremen
Contrescarpe 21 _ 28203 Bremen
Telefon +49 (421) 33 34-0
Telefax +49 (421) 33 34-111
E-Mail: bremen@ahlers-vogel.de

Ahlers & Vogel _ Hamburg
Schaarsteinwegsbrücke 2 _ 20459 Hamburg
Telefon +49 (40) 37 85 88-0
Telefax +49 (40) 37 85 88-88
E-Mail hamburg@ahlers-vogel.de

Ahlers & Vogel _ Rostock
Gerhart-Hauptmann-Str. 24 _ 18055 Rostock
Telefon +49 (381) 491 39-0
Telefax +49 (381) 491 39-99
E-Mail: rostock@ahlers-vogel.de

***Dr. Birgit Berninghausen** studierte Rechtswissenschaften in Bonn und Bremen und promovierte über den Einfluss des Europäischen Gemeinschaftsrechts auf nationales Recht. Sie war mehrere Jahre im diplomatischen Dienst tätig, u.a. am Deutschen Generalkonsulat in Barcelona und als Leiterin der Konsularabteilung der Deutschen Botschaft in Jakarta, Indonesien, bevor sie 2003 als Rechtsanwältin in unsere Sozietät eintrat. Sie betreut unsere Mandanten im Medizinrecht, insbesondere im Bereich der Vergütung ambulanter und stationärer ärztlicher Leistungen. Daneben berät sie in Fragen der Auslandszwangsvollstreckung.