

erneuten Bescheidung des von der Klägerin geltend gemachten Anspruchs nach einer Korrektur der Regelungen zur Vergütung von Notfallleistungen in ihrem HVM.

■ Anmerkungen:

Das BSG geht bei der Notfallbehandlung in ständiger Rechtsprechung von einem bundeseinheitlichen Grundsatz gleicher Vergütung für Vertragsärzte und Krankenhäuser aus. Dementsprechend hatte das BSG nach langjährigem Rechtsstreit um Zuschlagsregelungen des alten EBM für die Inanspruchnahme in der Nachtzeit sowie an Wochenenden und Feiertagen bestätigt, dass die Zuschläge auch den Krankenhäusern zustehen.

Durch den EBM 2000plus ist diese Thematik gleicher Vergütung für Vertragsärzte und Krankenhäuser bei der Notfallbehandlung erneut virulent geworden. Dabei dreht sich die aktuelle Diskussion hinsichtlich der schlechteren Vergütung von Notfallbehandlungen in Krankenhäusern im Wesentlichen um die Vergütung von Notfallbehandlungen nach den unterschiedlichen Punktzahlen des EBM 2000plus. Seit der Einführung des EBM 2000plus zum 1. April 2005 ist dieser im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung als Abrechnungsgrundlage von Krankenhäusern anzuwenden. Die den Krankenhäusern, die die Notfallversorgung faktisch gewährleisten, dadurch entstandene massive finanzielle Benachteiligung stellt eine Ungleichbehandlung gegenüber den Vertragsärzten dar.

Die DKG empfiehlt den Krankenhäusern seit langem, gegen diese Ungleichbehandlung vorzugehen, und zwar durch die Erhebung von Widersprüchen gegen die Honorarbescheide bzw. durch das Einreichen von Klagen.

Dies ist im Hinblick auf die ungleichen Punktzahlen nach dem EBM 2000plus auch aufgrund der Haltung des Bewertungsausschusses unbedingt erforderlich, der sich seit ausdrücklicher Aufforderung durch das BMG im März 2006, die ungerechtfertigte Benachteiligung aus der Welt zu schaffen, und trotz mehrfachem Nachhaken durch die DKG bis heute nicht dazu veranlasst gesehen hat, Änderungen umzusetzen.

Auch wenn es bei der hiesigen Entscheidung nicht um die Abrechnungsproblematik der unterschiedlichen Punktzahlen nach dem EBM 2000plus geht, sondern um unterschiedliche Punktwerte nach dem jeweiligen HVM, so bestätigt sie doch eindeutig den vom BSG aufgestellten allgemeinen Grundsatz gleicher Vergütung, der seit der grundlegenden Entscheidung vom 20. Dezember 1995²⁾ ständiger Rechtsprechung entspricht.

Die vorliegenden landesrechtlichen Besonderheiten stehen dem nicht entgegen. Insofern bestätigt sich die gegenüber den einzelnen Krankenhäusern bereits angesprochene Emp-

fehlung, gegen jegliche Form der Ungleichbehandlung vorzugehen, sei es, dass diese Ungleichbehandlung auf ungleichen Punktzahlen nach dem EBM 2000plus und/oder unterschiedlichen Punktwerten oder sonstigen Ungleichbehandlungen basiert.

■ Literatur

- 1) SG Düsseldorf, Az.: S 33 KA 241/02; LSG Nordrhein-Westfalen, Az.: L 10 KA 11/04.
- 2) BSG, Urteil vom 20. Dezember 1995, Az.: 6 Rka 25/95.

Rechtsanwältin Andrea Hauser, LL.M.,
Rechtsabteilung der DKG ■

Recht und Praxis

Auswirkungen des GKV-WSG auf Prüfungen des MDK

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 hat in vielen Bereichen des Gesundheitswesens zu Veränderungen geführt. Betroffen davon sind auch diejenigen Regelungen, die die Prüfung von Krankenhaufällen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zum Inhalt haben. Das GKV-WSG hat die Palette der diskussionsbedürftigen Fragestellungen im Zusammenhang mit Prüfungen durch den MDK um einige Aspekte erweitert. Welche Fragen dabei auftauchen und welche Lösungsansätze diesbezüglich vertreten werden, wird nachfolgend dargestellt.

■ I. Rechtsgrundlagen

Nach erfolgter Krankenhausbehandlung steht den Krankenhäusern ein Zahlungsanspruch gegenüber den Krankenkassen zu, der allein durch die Inanspruchnahme der Behandlungsleistungen begründet wird.¹⁾ Falls die Krankenhausbehandlung nicht oder nicht in diesem Umfang erforderlich gewesen ist oder eine fehlerhafte Abrechnung vorliegt, kann den Krankenkassen – als Kehrseite des Vergütungsanspruchs – ein Rückforderungsanspruch zustehen.²⁾ Ob die Krankenhausbehandlung notwendig gewesen ist bzw. ob die Abrechnungen korrekt erfolgt sind, darf jedoch nicht

von der Krankenkasse geprüft werden. Diesbezüglich ist sie nach § 275 Absatz 1 SGB V bzw. § 17 c Absatz 2 Satz 1 KHG verpflichtet, den MDK einzuschalten. Aus dem ursprünglich bipolaren Verhältnis im Rahmen der Abrechnung der Krankenhausbehandlung wird im Rahmen der Überprüfung ein tripolares, da mit dem MDK ein zumindest formal selbstständiger Akteur hinzutritt.³⁾ Die den Beteiligten zustehenden Aufgaben und Befugnisse sind jedoch nicht immer klar definiert. Dies hat dazu geführt, dass seitens der Krankenkassen die Zahl der Prüfungen – insbesondere die der Prüfungen nach § 275 SGB V – massiv erhöht wurde. Seit Anfang des Jahres 2004 haben die Prüfungen nach § 275 SGB V bei insgesamt 83 Prozent der Krankenhäuser zugenommen, in nahezu 60 Prozent der Krankenhäuser massiv.⁴⁾ Die zunehmende Flut von Einzelfallprüfungen hat in den Krankenhäusern zu erhöhtem Verwaltungsaufwand, steigenden Kosten und einer starken Personalbindung geführt.

Diese Problematik, auf die die Deutsche Krankenhausgesellschaft mehrfach hingewiesen hat, wurde mittlerweile auch vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erkannt. So hat das BMG in der Begründung zum GKV-WSG ausgeführt, dass einzelne Krankenkassen insbesondere die Einzelfall-

prüfung in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise einsetzen. Ziel des GKV-WSG sei es, eine zeitnahe Prüfung zu gewährleisten, um der ungezügelter und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenzuwirken.⁵⁾ Um diese Ziele zu erreichen, sind durch das GKV-WSG Neuregelungen eingeführt worden, die zumindest einen Schritt in die richtige Richtung darstellen. Kernpunkt der Neuregelung ist insbesondere die Ergänzung des § 275 SGB V um einen neuen Absatz 1 c. Dieser neue Absatz begründet die Pflicht zur zeitnahen Durchführung der Prüfung, wobei diese Prüfung spätestens 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Als Sanktionsmöglichkeit sieht § 275 Absatz 1 c in Satz 3 vor, dass von den Krankenkassen eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 € zu zahlen ist, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt.

Weiterhin ist § 17 c KHG durch das GKV-WSG dahingehend modifiziert worden, dass die Voraussetzungen der Einleitung einer Stichprobenprüfung geändert worden sind. Ob ein Stichprobenverfahren durchgeführt wird, entscheiden die Krankenkassen nun mehrheitlich statt gemeinsam. Sinn und Zweck dieser Anpassung ist – ausweislich der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG – die Einleitung dieses Verfahrens zu erleichtern und dessen praktische Bedeutung zu steigern.

■ II. Auslegungsfragen der Neuregelungen

Die Neuregelungen des § 275 Absatz 1 c SGB V ziehen in der Praxis Auslegungsfragen nach sich. Da es sich um Neuregelungen handelt und das GKV-WSG erst zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, kann noch nicht abschließend beurteilt werden, wie sich die Rechtsprechung in einem möglichen Streitfall positionieren wird. Daher können momentan nur die vertretenen Meinungen dargestellt und Handlungsempfehlungen gegeben werden.

1. Prüfungseinleitungsfrist

Durch das GKV-WSG hat erstmalig im Zusammenhang mit MDK-Prüfungen eine Fristregelung – zumindest zur Ein-

leitung und Anzeige einer Prüfung nach § 275 SGB V – Eingang in das SGB V gefunden. Damit ist der Gesetzgeber der Rechtsprechung des BSG gefolgt, wonach Prüfungen des MDK grundsätzlich zeitnah durchzuführen sind und ein Gutachter nicht allein auf die schriftlichen Dokumentationen angewiesen sein, sondern sich die frische Erinnerung des Krankenhausarztes nutzbar machen soll.⁶⁾

a) Anwendungsbereich der Sechs-Wochen-Frist

Unklar ist, für welche Prüfungen die Sechs-Wochen-Frist des § 275 Absatz 1 c SGB V gilt. Zum einen könnten all diejenigen Prüfungen nach § 275 SGB V darunter fallen, die auf der Grundlage von nach dem 31. März 2007 bei den Krankenkassen eingegangenen Rechnungsdatensätzen erfolgen. Andererseits wäre es auch denkbar, die Sechs-Wochen-Frist auf diejenigen Prüfungen nach § 275 SGB V zu beziehen, die zum 1. April 2007 noch nicht beendet waren, unabhängig vom Beginn der Prüfung. Vertritt man diese Ansicht, müsste man konsequenterweise von den Krankenkassen fordern, alle noch offenen Prüfungen nach § 275 SGB V innerhalb von 6 Wochen ab dem 1. April 2007 erneut einleiten und durch den MDK beim Krankenhaus anzeigen zu lassen. Werde dies unterlassen, könnten die Krankenhäuser eine Durchführung dieser Prüfungen ab dem 15. Mai 2007 verweigern.

Die erste Auffassung orientiert sich am Wortlaut des § 275 Absatz 1 c Satz 2 SGB V. Anknüpfungspunkt für den Lauf der Sechs-Wochen-Frist ist der Eingang der Rechnungsdatensätze bei der Krankenkasse. Vor dem Hintergrund, dass gemäß Artikel 46 Absatz 1 GKV-WSG diese Regelung zum 1. April 2007 in Kraft tritt, dürfte es unstreitig sein, dass die Sechs-Wochen-Frist zumindest durch nach dem 31. März 2007 bei der Krankenkasse eingehende Rechnungsdatensätze in Gang gesetzt wird. Hinsichtlich dieser Abrechnungen sollten die Krankenhäuser auf jeden Fall eine genaue Fristkontrolle durchführen, da eine Überprüfung dieser Abrechnungen nach Ablauf von sechs Wochen ohne Einleitung und Anzeige einer Prüfung nach §§ 275 ff. SGB V von den Krankenhäusern verweigert werden kann.

Die zweite Auffassung ist sicherlich krankenhaushausfreundlicher, gerade vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen vor dem Stichtag 1. April 2007 nochmals massiv Prüfungen nach den §§ 275 ff. SGB V eingeleitet haben. Ob die gegen diese Auffassung erhobenen rechtlichen Bedenken (vor allem die Problematik der Rückwirkung) im Streitfall auch von den Gerichten geteilt und somit letztlich gegen die Krankenhäuser verwendet werden, ist aktuell noch Gegenstand intensiver Diskussionen.

b) Begriff der Einleitung der Prüfung

Wie bereits dargestellt, bestimmt § 275 Absatz 1 c Satz 2 SGB V nunmehr, dass eine Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Leider fehlt noch immer eine Regelung, die die Dauer der Prüfung begrenzt. Welche Anforderungen jedoch an eine ordnungsgemäße Einleitung und Anzeige einer solchen Prüfung zu stellen sind, wird im Gesetz nicht näher definiert.

Teilweise werden dem Krankenhaus vom MDK lediglich Name und Geburtstag des Patienten, die Dauer der Behandlung nebst Fallnummer und Bezeichnung der aufnehmenden Abteilung sowie das Datum des Rechnungseingangs bei der Krankenkasse mitgeteilt und die Übermittlung dieser Informationen als ausreichende Anzeige der Prüfung angesehen. Gegen diese Ansicht wird argumentiert, dass entscheidende Elemente für eine ordnungsgemäße Anzeige der Prüfung fehlen. Die Ergänzung des § 275 SGB V um den Absatz 1 c hat nicht etwa zur Folge, dass sich die Voraussetzungen einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Satz 1 SGB V verändert haben, es handelt sich bei diesen Prüfungen nach wie vor um verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen. Ziel des Gesetzgebers war es, die Flut der Einzelfallprüfungen einzudämmen und deren schematisierte Einleitung zu verhindern. Der Schematismus der Einleitung einer Prüfung kann wirkungsvoll aber wohl nur dadurch verhindert werden, dass sowohl der konkrete Prüfanlass als auch der konkrete Prüfauftrag dem Krankenhaus mitgeteilt werden. Die



Besuchen Sie uns

Hauptstadtkongress
20.-22.06.2007, Berlin (ICC)

Privatliquidation ohne Umwege

schnell - zuverlässig - reibungslos

Die PVS ist seit 80 Jahren einer der größten deutschen Dienstleister im Bereich der Privatabrechnung und mit dieser Erfahrung für alle Beteiligten ein kompetenter und zuverlässiger Partner.



**Privatärztliche Verrechnungsstelle
Rhein-Ruhr GmbH**
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Tel.: 02 08/48 47- 333

info@pvs-portal.de

www.pvs-portal.de

Übermittlung dieser Informationen zwingt Krankenkasse und MDK dazu, exakt herauszuarbeiten, warum welche Fälle geprüft werden sollen.

Darüber hinaus ist die Mitteilung des konkreten Prüfauftrages erforderlich, damit das Krankenhaus bestimmen kann, zur Herausgabe welcher Daten an den MDK es nach § 276 Absatz 2 SGB V verpflichtet ist. Diese Regelung enthält zwar keine genaue Definition, welche Unterlagen an den MDK zu übermitteln sind, dennoch beinhaltet sie eine Aussage zu dessen Erhebungsbefugnis. Diese ist begrenzt durch die gesetzliche Aufgabenstellung und den Grundsatz der Erforderlichkeit.⁷⁾ Übermittelt werden dürfen somit nur die zur sachgerechten Erledigung des Gutachtauftrages erforderlichen Daten. Diese Erforderlichkeit wird durch den Prüfauftrag der Krankenkassen bestimmt. Also sind daher grundsätzlich nur diejenigen Unterlagen zu übermitteln, die Auskunft zu dem konkret formulierten und übermittelten Prüfauftrag geben können. Fehlt ein konkreter Prüfauftrag, könnte die Gefahr bestehen, dass das Krankenhaus undifferenziert sämtliche Patientenunterlagen an den MDK übersendet. Dies ginge weit über den Rahmen der Erforderlichkeit hinaus und könnte dem Krankenhaus einen strafrechtlichen Vorwurf im Sinne des § 203 StGB einbringen, falls eine Übermittlung von Daten ohne gesetzliche Grundlage erfolgt.

Erachtet man die Mitteilung des konkreten Prüfanlasses sowie des Prüfauftrages somit als erforderlich, liegt bei deren Fehlen keine ordnungsgemäße Einleitung bzw. Anzeige einer Einzelfallprüfung vor. Eine solche Mitteilung wäre daher auch nicht geeignet, die Sechs-Wochen-Frist des § 275 Absatz 1 c Satz 2 SGB V zu wahren mit der Folge, dass die Krankenhäuser eine Prüfung verweigern könnten. Da jedoch ungewiss ist, ob die Rechtsprechung dieser – der Begründung zum GKV-WSG gerecht werdenden – Auffassung folgen wird, sollten die Krankenhäuser eine Mitwirkung bei einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 SGB V auch dann nicht verweigern, wenn diese ohne Mitteilung des konkreten Prüfanlasses sowie des Prüfauftrages eingeleitet und angezeigt wird. Vielmehr empfiehlt es sich, die angeforderten Unterlagen dem MDK zur Verfügung zu stellen, jedoch unter dem Vorbehalt,

dass man die Durchführung der Prüfung aufgrund nicht ausreichender Anzeige für unzulässig halte. Dieses Vorgehen bewahrt die Krankenhäuser vor dem Vorwurf, ihre Mitwirkungspflicht verletzt zu haben und setzt sie nicht dem Risiko aus, ihrer Vergütungsansprüche verlustig zu gehen, aber sichert auf der anderen Seite die möglichen Konsequenzen des Verstoßes gegen die Ausschlussfrist.

2. Zahlung einer Aufwandspauschale

Die in § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V neu eingeführte Pflicht zur Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von 100 €, falls die Prüfung den Abrechnungsbetrag nicht mindert, zieht ebenfalls einige Auslegungsfragen nach sich.

a) Geltungsbereich der Zahlungsverpflichtung

Hinsichtlich des Geltungsbereichs der Zahlungsverpflichtung der Aufwandspauschale können drei Auffassungen vertreten werden:

- Nach einer Ansicht umfasst die Zahlungsverpflichtung alle Prüfungen, die – unabhängig von Zeitpunkt ihrer Anzeige – zum 1. April 2007 noch nicht abgeschlossen sind.
- Nach einer anderen Ansicht bezieht sich die Zahlungsverpflichtung nur auf die Überprüfung von Patienten, die nach dem 31. März 2007 in ein Krankenhaus eingeliefert worden sind.
- Nach einer dritten Auffassung entsteht die Zahlungsverpflichtung in den Fällen, in denen die Rechnungsdatensätze nach dem 31. März 2007 bei der Krankenkasse eingegangen sind, unabhängig vom Beginn der Krankenhausbehandlung.

Diese Regelung ist neu in das SGB V eingeführt worden und tritt gemäß Artikel 46 Absatz 1 GKV-WSG zum 1. April 2007 in Kraft. Unstreitig entfaltet sie Wirkung auf diejenigen Prüfungen, die nach dem 31. März 2007 innerhalb von 6 Wochen nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse eingeleitet und vom MDK dem Krankenhaus gegenüber angezeigt worden sind.

Die erste und die zweite Ansicht definieren dagegen gewissermaßen die untere

und die obere Grenze des zeitlichen Anwendungsbereiches des § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V. Eine Ausdehnung des Anwendungsbereiches auf Prüfungen, die zum 1. April 2007 noch nicht abgeschlossen sind, wäre zwar sehr krankenhaushausfreundlich, ist jedoch nicht ohne Probleme begründbar. So wird beispielsweise angedacht, die Überleitungsvorschrift zum Verjährungsrecht nach Artikel 229 § 6 Absatz 1 Satz 1 EGBGB auf die Neuregelung des § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V anzuwenden. Nach dieser Vorschrift finden die Neuregelungen zum Verjährungsrecht nach dem Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bestehenden und noch nicht verjährten Ansprüche Anwendung. Ob eine analoge Anwendung dieser Regelung auf die Zahlung der Aufwandspauschale erfolgreich begründet werden kann, erscheint zweifelhaft, da es an einer vergleichbaren Interessenlage mangeln könnte. Entscheidender Unterschied bezüglich der Überleitungsvorschrift zum Verjährungsrecht ist, dass Ansprüche im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung des Verjährungsrechts bereits bestanden haben, § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V hingegen den Anspruch auf die Zahlung einer Aufwandspauschale erst begründet. Daneben stellt sich erneut die Frage der Rückwirkung, sollte der ersten Ansicht gefolgt werden.

Wenig überzeugend hingegen ist die zweite Ansicht. Das Anknüpfen der Zahlungspflicht an den Beginn der Krankenhausbehandlung nach dem 31. März 2007 findet im SGB V keine Stütze. Entscheidend für die Begründung der Zahlungspflicht ist, dass eine 6 Wochen nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse eingeleitete und dem Krankenhaus durch den MDK angezeigte Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V aus Sicht der Krankenkassen erfolglos war. Anknüpfungspunkt ist der Eingang des Rechnungsdatensatzes, auf den Beginn der Krankenhausbehandlung hingegen stellt § 275 SGB V nicht ab.

b) Erstreckung der Zahlungsverpflichtung auf sozialmedizinische Fallberatungen/interne Beratungen

Nicht nur der zeitliche Anwendungsbereich der Neuregelung des § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V bietet Anlass für

Interpretationen, sondern auch der sachliche Geltungsbereich. So wird die Auffassung vertreten, dass die Krankenkassen auch dann zur Zahlung der Aufwandspauschale verpflichtet sind, wenn sozialmedizinische Fallberatungen (SFB) bzw. interne Beratungen zwischen Krankenkasse und MDK nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen. Es wird argumentiert, dass im Rahmen der SFB bzw. der internen Beratungen der MDK eingeschaltet sei, als Ergebnis dieser Beratungen eine Entscheidung getroffen werde und zum Teil über die nach § 301 SGB V übermittelten Daten hinausgehende Informationen, zur Entscheidungsfindung zugrunde gelegt werden.

Zur Beurteilung, ob diese Auslegung richtig ist, sollte man sich zunächst den Charakter der sozialmedizinischen Fallberatung verdeutlichen. Die grundsätzliche Zulässigkeit einer SFB zwischen Krankenkasse und MDK kann nicht bestritten werden. Hauptintention der SFB ist jedoch, eine Auswahl derjenigen Fälle zu treffen, die eine eingehende Beratung oder Begutachtung durch den MDK erfordern. Diesbezüglich steht die SFB in der Tradition der sozialmedizinischen Vorberatung (SMV), an deren Stelle sie getreten ist. Ausweislich der Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den medizinischen Diensten der Krankenversicherung vom 27. August 1990 diene die SMV gerade dem Zweck der Vorauswahl. Im Rahmen der SMV wurde zudem von der Krankenkasse im Benehmen mit dem MDK der konkrete Beratungs- oder Begutachtungsauftrag für eine Prüfung nach § 275 SGB V festgelegt. Diese Aufgabenbeschreibung der SMV verdeutlicht, dass ihr lediglich vorbereitender Charakter zukam und sie keine Begutachtung im Sinne des § 275 Absatz 1 SGB V darstellte.

Die Möglichkeiten der SFB gehen jedoch über diejenigen der SMV hinaus, nachdem seit Ende 2003 die Möglichkeit besteht, dass im Rahmen der SFB sowohl eine abschließende als auch eine nicht abschließende Fallentscheidung getroffen werden kann. Sollte die Angelegenheit nicht im Rahmen der SFB abgeschlossen werden können, ist eine weitergehende Begutachtung durch den MDK erforderlich, für den



Dienstleistungen im
Gesundheitswesen GmbH

Externe Abrechnung

schafft Erlössicherung!



Besuchen Sie uns

Hauptstadtkongress, 20.-22.06.2007, Berlin (ICC)
Stand der Privatärztlichen
Verrechnungsstelle für Berlin/Brandenburg

AMBULANTE ABRECHNUNG

- KV-Notfallschein- / Erste Hilfe-Abrechnung
- ambulantes Operieren (§ 115 b SGB V) gemäß § 301 SGB V
- Physikalische Therapien gemäß § 302 SGB V

STATIONÄRE ABRECHNUNG

- Kodierung auf Basis der G-DRG´s anhand der Krankenakten
- Kodierung mittels DRG connect
- Bedarfsorientierte Abrechnungslösungen durch individuelle Produktentwicklungen

Ein Gemeinschaftsunternehmen der
Privatärztlichen Verrechnungsstellen
PVS Berlin/Brandenburg, PVS Bünden,
PVS Limburg/Lahn, PVS Rhein-Ruhr,
PVS Westfalen-Nord

PriA GmbH

Remscheider Straße 16
45466 Mülheim a. d. Ruhr
Tel. 02 08/48 47-710 | Fax 02 08/48 47-798
info@pria.de | www.pria.de

jedoch ein konkreter Prüfauftrag formuliert werden muss. Diese für die ordnungsgemäße Einleitung eines Prüfverfahrens nach § 275 Absatz 1 SGB V wohl unabdingbare Voraussetzung wird für die Durchführung einer SFB jedoch nicht benötigt und verdeutlicht nochmals deren lediglich vorbereitenden Charakter.

Daneben besteht aber die Möglichkeit, dass es im Rahmen der SFB zu einer abschließenden Entscheidung und – als deren Folge – zu einer Rechnungskürzung kommt. Eine solche Entscheidung kann jedoch eine Rechnungskürzung nicht rechtfertigen. Eine abschließende SFB ist nicht substantiiert genug und daher nicht als Ergebnis einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V zu bewerten. Mit den Anforderungen an die Substantiiertheit eines MDK-Gutachtens hat sich zuletzt das Sozialgericht Magdeburg beschäftigt.⁸⁾ Darin hat das Sozialgericht ausgeführt, dass es nicht ausreichend sei, dass ein Gutachten nach Aktenlage erstellt wurde, sich die Begutachtung jedoch allein auf den Krankenhausentlassungsbericht stützt und vom MDK-Prüfer keine Einsicht in die Patientenunterlagen genommen wurde. Der MDK müsse im Rahmen seiner Begutachtung vielmehr die vorhandenen Erkenntnismöglichkeiten nutzen, zu denen insbesondere die Patientenunterlagen zählen. Das Ausschöpfen der Erkenntnismöglichkeiten sei erforderlich, um die Entscheidung des Krankenhausarztes hinsichtlich der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nachprüfen zu können. Gerade in Zweifelsfällen sei es unumgänglich, anhand weiterer Krankenunterlagen die Entscheidung des Krankenhausarztes zur Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nachvollziehen zu können. Auch dürfe die Krankenkasse nicht pauschal – etwa durch Erfahrungssätze zu durchschnittlichen Verweildauern – die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung im Einzelfall in Zweifel ziehen.

An die Überprüfung durch den MDK sind somit – insbesondere bezüglich der Erkenntnisgewinnung – hohe Anforderungen zu stellen, denen eine Bewertung durch den MDK im Rahmen einer SFB, die lediglich auf der Basis von Kurzberichten, Arztbriefen oder nach § 301 SGB V übermittelten Daten

beruht, offensichtlich nicht gerecht wird. Nur ein nach Auswertung aller Erkenntnismöglichkeiten erstelltes Gutachten des MDK kann den Anscheinsbeweis der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, der durch die Aufnahme des Patienten durch den Krankenhausarzt gesetzt worden ist, erschüttern. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist, dass sogar der MDK selbst die abschließende SFB nur als „sozialmedizinische Stellungnahme“ oder „Gutachtenäquivalent“ bezeichnet, ihr somit selbst den Gutachtencharakter abspricht.

Die Zusammenschau dieser Aussagen führt zu dem Ergebnis, dass eine sozialmedizinische Fallberatung, ebenso wie eine rein interne Beratung, nicht als Gutachten im Sinne des § 275 Absatz 1 SGB V angesehen werden kann, da der Prozess der Entscheidungsfindung nicht hinreichend substantiiert im Sinne des § 275 Absatz 1 SGB V erfolgt. Dieser richtigen Auffassung folgend kann eine SFB die Kürzung einer Krankenhausrechnung nicht begründen. Konsequenterweise muss dann jedoch für den umgekehrten Fall einer aus Sicht der Krankenkasse erfolglosen SFB bzw. internen Beratung gelten, dass sie ebenfalls keine Prüfung im Sinne des § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V darstellt, wie es § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V erfordert. Würde man auf eine erfolglose SFB die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale erstrecken, spräche man ihr den Gutachtencharakter nach § 275 Absatz 1 c zu, was der Möglichkeit einer Rechnungskürzung durch ein schematisiert einzuleitendes und in großer Zahl durchzuführendes, rein internes Prüfverfahren Tür und Tor öffnen würde. Dies widerspräche sowohl den Zielsetzungen des Gesetzgebers als auch den Interessen der Krankenhäuser, die aktuell bereits unter einer Flut von Prüfverfahren zu leiden haben. Dieser Gedanke sollte stets im Hinterkopf behalten werden, wenn darüber nachgedacht wird, ob sich die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale auch auf die sozialmedizinischen Fallberatungen erstrecken könnte.

■ III. Fazit

Die im Rahmen dieser Darstellung behandelten Auslegungsprobleme behandeln die im Zusammenhang mit

der Neuregelung des § 275 Absatz 1 c SGB V derzeit am häufigsten auftretenden Fragen. Weitergehende Fragestellungen und Auslegungsprobleme bahnen sich bereits an, so zum Beispiel die Frage nach einer potenziellen Umsatzsteuerpflichtigkeit der Aufwandspauschale von 100 €. Das Thema wird also vorläufig aktuell bleiben und noch zu zahlreichen Publikationen Anlass bieten. Demgemäß: Fortsetzung folgt.

■ Literatur/Anmerkungen

- 1) BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, KRS 00.019
- 2) BSG, Urteil vom 28. Februar 2007, Az.: B 3 KR 12/06 R, abrufbar unter www.Bundessozialgericht.de
- 3) So das BSG in seinem Urteil vom 28. September 2006, das Krankenhaus 2/2007, Seite 139 ff.
- 4) Vergleiche Krankenhausbarometer 2006 des DKI, Seite 32 ff.
- 5) Vergleiche Gesetzesbegründung zum GKV-WSG Nr. 185.
- 6) BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, KRS 01.039
- 7) Heberlein/Pick in Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, SGB V, GKV-Kommentar, § 276 Rn. 7
- 8) Urteil vom 30. September 2003, KRS 03.048

Assessor Ingo Schliephorst,
Rechtsabteilung der DKG ■

Kurz notiert

Berlin. Um die Erforschung seltener Erkrankungen voranzutreiben, wurde das Netzwerk „E-Rare“ gegründet, das die Forschungsaktivitäten von Frankreich, Italien, Deutschland und Spanien sowie der Türkei und Israel bündeln soll. Bundesforschungsministerin Annette Schawan hat das Projekt in Berlin vorgestellt. Wo bisher nationale Kompetenznetze ihre Forschung auf wenige Hundert Patienten ausrichten mussten, können sie nun auf weitaus mehr Studienteilnehmer zurückgreifen. Zugleich sollen Mediziner europaweit gemeinsame Datenbanken aufbauen und sich über Krankheitsverläufe austauschen. Finanziert wird E-Rare in den nächsten 3 Jahren von den Teilnehmerländern mit 12,8 Mio. €. E-Rare basiert dabei auf bereits bestehenden nationalen Netzwerken. In Deutschland fördert das Bundesforschungsministerium (BMBF) 10 solcher Vorhaben mit insgesamt 30 Mio. €. ■