

Gesetzgebungsvorschlag der DKG

Neuregelung der Einzelfallprüfung nach §§ 275 ff SGB V

A. Allgemeiner Teil

In der Praxis werden Krankenhäuser mit zahlreichen MDK-Prüfverfahren konfrontiert; in Großkliniken gehen täglich bis zu 100 Anfragen ein. Den Krankenkassen stehen dabei zwei Formen der Prüfung zur Verfügung: Die Stichprobenprüfung nach § 17c KHG sowie die Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V. Das überwiegend angewandte Verfahren der Einzelfallprüfung weist jedoch erhebliche strukturelle Schwächen auf. Die Befugnis der Krankenkassen zur Einleitung einer Fallprüfung durch den Medizinischen Dienst (MDK) ist unstrittig. Allerdings steht es beispielsweise im Belieben des MDK, ob die Prüfung vor Ort in den Räumen des Krankenhauses oder nach Aktenlage erfolgt. Auch die Vorgabe des § 275 Absatz 1c SGB V zur zeitnahen Durchführung der Prüfung wird oft nicht eingehalten, was zu Prüfdauern von zum Teil mehreren Jahren führt. Regelmäßig verweigern die Krankenkassen mit Hinweis auf die Durchführung eines Prüfverfahrens außerdem die Begleichung der Krankenhausrechnung oder rechnen durch den MDK festgestellte Rückforderungsansprüche mit anderen Zahlungsansprüchen des Krankenhauses auf, obwohl dieses den Feststellungen des MDK substantiiert widersprochen hat.

Aus diesen Gründen ist eine Weiterentwicklung der Einzelfallprüfung hin zu einem fairen, transparenten, geordneten, effizienten und nachvollziehbaren Verfahren notwendig. Ziel muss es sein, das Verfahren der Einzelfallprüfung am „Grundsatz der Waffengleichheit“ – der aus dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22.06.2010 (Az.: B 1 KR 1/10 R) abgeleitet werden kann – orientiert paritätisch auszugestalten und Krankenkassen bzw. den MDK und Krankenhäuser zu gleichberechtigten Partnern des Prüfverfahrens nach § 275 SGB V zu machen. Ein besonderer Fokus ist dabei auf die Verbesserung der Art und Qualität der Begutachtung durch den MDK zu legen, um nachfolgende, langwierige Streitverfahren zu vermeiden. Dies würde nicht nur zu einem Abbau von Bürokratie bei Krankenhaus, Krankenkasse und MDK führen, sondern auch zu einer Entlastung der Sozialgerichtsbarkeit.

Zwar sind durch das GKV-WSG zum 01.04.2007 Instrumente in das SGB V eingeführt worden, mit deren Hilfe der Flut der Einzelfallprüfungen Einhalt geboten werden sollte. Diese Zielsetzung wurde jedoch nicht erreicht. Die Regelung des § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V zur Aufwandspauschale hat durch das BSG mit seinem oben bezeichneten Urteil vom 22.06.2010 auf Grund der Aufstellung zusätzlicher neuer, ungeschriebener Tatbestandsmerkmale sogar einen vom Willen des Gesetzgebers abweichenden Charakter erhalten. Dies führt im Ergebnis zu weiteren Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bezüglich der Abrechnungsbefugnis der Aufwandspauschale.

Aus diesen Gründen ist eine gesetzliche Neugestaltung des Verfahrens der Einzelfallprüfung dringend geboten.

B. Besonderer Teil – Änderungen des SGB V

I. Änderungen in § 275 SGB V

§ 275 Begutachtung und Beratung

(1) 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,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,
3. bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder
 - b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

(1a) ¹Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen

- a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder
- b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.

²Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. ³Der Arbeitgeber kann verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. ⁴Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

(1b) ¹Der Medizinische Dienst überprüft bei Vertragsärzten, die nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 geprüft werden, stichprobenartig und zeitnah Feststellungen der Arbeits-

unfähigkeit. ²Die in § 106 Abs. 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren das Nähere.

(1c) ¹Eine Prüfung von Krankenhausleistungen nach Absatz 1 Nr. 1 ist in den Räumen des Krankenhauses durchzuführen. ²Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Zwischen- oder Schlussabrechnung des Krankenhauses bei der Krankenkasse einzuleiten und durch Übermittlung des Prüfauftrages der Krankenkasse sowie in Fällen der Abrechnungsprüfung unter Benennung der Auffälligkeiten durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. ³Ergänzend übermittelt der Medizinische Dienst dem Krankenhaus eine individualisierte Aufstellung aller nach Satz 1 zu prüfenden Fälle und stimmt mit dem Krankenhaus innerhalb einer Frist von vier Wochen ab Eingang der individualisierten Aufstellung beim Krankenhaus einen Prüftermin ab. ⁴Am Prüftermin sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, die Räume des Krankenhauses zwischen 8.00 und 18.00 Uhr zu betreten, um dort die zur Prüfung erforderlichen Krankenunterlagen einzusehen. ⁵Diejenigen Fälle, die vom Medizinischen Dienst beanstandet werden, sind im Rahmen einer freien fachlichen Erörterung zwischen den Ärzten des Medizinischen Dienstes und den Krankenhausärzten zu bewerten. ⁶Der Inhalt dieser Erörterung ist zu dokumentieren. ⁷Die Krankenkasse hat ihre abschließende leistungsrechtliche Entscheidung spätestens 24 Wochen nach Eingang der Zwischen- oder Schlussabrechnung des Krankenhauses bei ihr zu treffen. ⁸Maßgeblich für die Bestimmung des Zeitpunktes nach Satz 7 ist der Zugang der leistungsrechtlichen Entscheidung beim Krankenhaus.

(1d) ¹ Mit Einverständnis des Krankenhauses kann eine Prüfung von Krankenhausleistungen nach Absatz 1 Nr. 1 abweichend von Absatz 1c Satz 1 auch nach Aktenlage erfolgen. ²Absatz 1c Satz 2, 7 und 8 gelten entsprechend. ³Das Krankenhaus übersendet dem Medizinischen Dienst die zur Prüfung nach Aktenlage angeforderten erforderlichen Krankenunterlagen spätestens vier Wochen nach Einigung auf Durchführung dieses Verfahrens.

(1e) ¹Die Anzeige und Einleitung einer Prüfung von Krankenhausleistungen nach Absatz 1 Nr. 1 schiebt die Fälligkeit des Vergütungsanspruches des Leistungserbringers nicht hinaus. ²Führt die Prüfung einer Krankenhausleistung nach Absatz 1 Nr. 1 zu einer Minderung des Rechnungsbetrages, ist die Aufrechnung dieses Rückforderungsanspruches der Krankenkasse mit weiteren Vergütungsansprüchen des Krankenhauses unzulässig, es sei denn, das Krankenhaus erklärt sein Einverständnis mit dem Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. ³Führt die Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine verschuldensunabhängige Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. ⁴Eine Minderung des Rechnungsbetrages durch die ausschließliche Kürzung der Benutzerentgelte nach Artikel 14 Absatz 1 Satz 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992 steht der Entrichtung der Aufwandspauschale nicht entgegen.

(1f) Wird die Einhaltung einer der Fristen nach Absatz 1c oder 1d versäumt, ist das Prüfverfahren beendet und die Krankenkasse mit jeglichen Einwendungen oder Rückforderungsansprüchen gegenüber dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses nach Grund und Höhe ausgeschlossen.

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung),
2. (entfällt),
3. bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist (§ 18),
4. ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1),
5. ob Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§ 27 Abs. 2).

(3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,
2. bei Dialysebehandlung, welche Form der ambulanten Dialysebehandlung unter Berücksichtigung des Einzelfalls notwendig und wirtschaftlich ist,
3. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen,
4. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66).

(3a) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 der Psychiatrie-Personalverordnung in vergleichbaren Gruppen Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine Sozialdaten enthalten.

(4) Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst oder andere Gutachterdienste zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leis-

tungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse.

(5) ¹Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Durchführung einer Prüfung von Krankenhausleistungen nach Absatz 1 Nr.1 an die Vorgaben des Prüfauftrages der Krankenkasse gebunden. ²Sie sind nicht befugt, darüber hinausgehende Umstände zu verwerten. ³Zuständig für die Durchführung einer Prüfung von Krankenhausleistungen nach Absatz 1 Nr. 1 ist der Medizinische Dienst des Bundeslandes, in dem das zu prüfende Krankenhaus belegen ist. ⁴Abweichende organisatorische Regelungen des Medizinischen Dienstes sind zu berücksichtigen. ⁵Existiert für das Bundesland, in dem das Krankenhaus belegen ist, ein Landesvertrag über die Durchführung einer Einzelfallprüfung nach § 112 Absatz 2 Nr. 2, hat der Medizinische Dienst die dort getroffenen Regelungen zu beachten. ⁶Bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. ⁷Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

II. Änderungen in § 276 SGB V

§ 276 Zusammenarbeit

(1) ¹Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Unterlagen, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 des Ersten Buches hinaus seiner Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. ²Für die Einwilligung gilt § 67b Abs. 2 des Zehnten Buches.

(2) ¹Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten nur erheben und speichern, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 erforderlich ist; haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes, **außer in den Fällen einer Prüfung von Krankenhausleistungen nach § 275 Absatz 1c**, unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung **unter Beachtung des Prüfauftrages der Krankenkasse** erforderlich ist. ²Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die in § 275 genannten Zwecke verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. ³Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen. ⁴Die §§ 286, 287 und 304 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. ⁵Der Medizinische Dienst hat Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. ⁶Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. ⁷Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. ⁸Jede Zusammenführung ist zu protokollieren.

(2a) ¹Ziehen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst oder einen anderen Gutachterdienst nach § 275 Abs. 4 zu Rate, können sie ihn mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde beauftragen, Datenbestände leistungserbringer- oder fallbezogen für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Aufträge nach § 275 Abs. 4 auszuwerten; die versichertenbezogenen Sozialdaten sind vor der Übermittlung an den Medizinischen Dienst oder den anderen Gutachterdienst zu anonymisieren. ²Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(2b) Beauftragt der Medizinische Dienst einen Gutachter (§ 279 Abs. 5), ist die Übermittlung von erforderlichen Daten zwischen Medizinischem Dienst und dem Gutachter zulässig, soweit dies zur Erfüllung des Auftrages erforderlich ist.

(3) Für das Akteneinsichtsrecht des Versicherten gilt § 25 des Zehnten Buches entsprechend.

(4) In den Fällen des § 275 Abs. 3a sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser zu betreten, um dort die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen einzusehen.

(5) ¹Wenn sich im Rahmen der Überprüfung der Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Abs. 1 Nr. 3b, Abs. 1a und Abs. 1b) aus den ärztlichen Unterlagen ergibt, dass der Versicherte auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage ist, einer Vorladung des Medizinischen Dienstes Folge zu leisten oder wenn der Versicherte einen Vorladungstermin unter Berufung auf seinen Gesundheitszustand absagt und der Untersuchung fernbleibt, soll die Untersuchung in der Wohnung des Versicherten stattfinden. ²Verweigert er hierzu seine Zustimmung, kann ihm die Leistung versagt werden. ³Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt.

(6) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung ergeben sich zusätzlich zu den Bestimmungen dieses Buches aus den Vorschriften des Elften Buches.

III. Änderungen in § 277 SGB V

§ 277 Mitteilungspflichten

(1) ¹Der Medizinische Dienst hat bei der Prüfung von Krankenhausleistungen nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 das Ergebnis seiner Begutachtung sowie die erforderlichen Angaben über den Befund der Krankenkasse mit medizinisch-nachvollziehbarer Begründung mitzuteilen. ²Das Krankenhaus erhält dieses Gutachten zeitgleich in Kopie.

(2) ¹In den übrigen Fällen hat der Medizinische Dienst dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und der Krankenkasse die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. ²Er ist befugt, den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. ³Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an die Leistungserbringer widersprechen.

(3) ¹Die Krankenkasse hat, solange ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht, dem Arbeitgeber und dem Versicherten das Ergebnis des Gutachtens des Medizinischen Dienstes über die Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen, wenn das Gutachten mit der Bescheinigung des Kassenarztes im Ergebnis nicht übereinstimmt. ²Die Mitteilung darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten.

C. Begründung

zu I. Änderungen in § 275 SGB V

1. Neufassung des § 275 Absatz 1c SGB V

Die Durchführung einer Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V ist bisher nur rudimentär geregelt. Insbesondere die regelmäßig für Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sorgende Frage der angemessenen Dauer der Durchführung einer Einzelfallprüfung ist bis heute nicht abschließend beantwortet worden. Zwar wurde durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007 § 275 Absatz 1c Satz 1 in das SGB V eingeführt, wonach eine Einzelfallprüfung zeitnah durchzuführen ist. Diese Regelung enthält jedoch keine Zeitbestimmung und die Definition des Kriteriums „zeitnah“ durch die Rechtsprechung gestaltet sich außerordentlich schwierig. Auch der Begründung des GKV-WSG kann keine Frist entnommen werden, innerhalb derer eine Einzelfallprüfung durchzuführen, also auch abzuschließen, ist. Der bisherigen Regelung in Absatz 1c mangelt es überdies an weiterführenden verbindlichen Vorgaben für die Ausgestaltung des Prüfverfahrens. Dies macht eine Neugestaltung des Prüfverfahrens erforderlich.

a. Satz 1

Ausgangspunkt der Neuregelung des Prüfverfahrens ist der geänderte Absatz 1c. Dessen Satz 1 enthält nunmehr den Grundsatz, dass eine Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V ausschließlich in den Räumen des Krankenhauses durchzuführen ist. Diese Form der Prüfung ist nicht neu. Im bisherigen § 276 Absatz 4 Satz 1 SGB V findet sich die Befugnisnorm für Ärzte des MDK, Räume des Krankenhauses betreten zu dürfen. Bisher allerdings stand die Auswahl des Prüfverfahrens im Belieben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), sofern in Landesverträgen nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V keine Verfahrensart vereinbart wurde, was jedoch nur selten geschehen ist. Die bislang überwiegend durchgeführte Prüfung nach Aktenlage hat sich als ineffektiv erwiesen. Die Übersendung von OP-Bericht und Arztbrief reicht in der Regel nicht aus, um ein inhaltlich substantiiertes Gutachten zur Erfüllung des Prüfauftrages der Krankenkasse zu erstellen. Weitere Unterlagen müssen vom Krankenhaus angefordert werden, was zu weiterem Verwaltungsaufwand und letztlich einer weiteren Verzögerung der Durchführung der Prüfung führt. Demgegenüber stellt sich die Fallprüfung vor Ort in den Räumen des Krankenhauses als deutlich vorzugswürdiges, da effektiveres, Prüfverfahren dar. Dort haben die Ärzte des MDK die Möglichkeit, sämtliche Mittel der Erkenntnisgewinnung für die Erstellung eines substantiierten Gutachtens zeitnah zu nutzen. Der Arzt des MDK kann zudem

bei Rückfragen unkompliziert und zeitnah beim Krankenhaus bzw. dem verantwortlichen Krankenhausarzt nachfragen, was die Durchführung des Prüfverfahrens beschleunigt. Diese positiven Aspekte der Prüfung vor Ort werden durch die Erfahrungen der Krankenhäuser und der MDK der Bundesländer, in denen die Durchführung der Prüfung vor Ort in Landesverträgen nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbart worden ist, bestätigt. Die Nutzung der effektivsten, zeit- und ressourcenschonendsten Prüfmethode sollte für den MDK als Körperschaft des öffentlichen Rechts, der durch Mittel der Solidargemeinschaft finanziert wird, selbstverständlich sein.

Durch die Prüfung vor Ort entfällt zudem das oftmals zeitraubende Zusammenstellen und Versenden von Patientenunterlagen nach § 276 Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V, das vielfach Gegenstand von Streitigkeiten über die Erforderlichkeit der angeforderten Unterlagen für die Prüfung ist. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass das Anfertigen von Kopien der Patientenunterlagen nicht unerhebliche Kosten für das Krankenhaus verursacht. Als Richtschnur dürfte die Entscheidung des LG München I vom 19.11.2008 (Az.: 9 O 5324/08) gelten, wonach in Fällen der Anfertigung von Kopien der Patientenunterlagen für den behandelten Patienten eine Kostenerstattung in Höhe von 0,50€ pro kopierter Seite – unabhängig von der Anzahl der kopierten Seiten – an das Krankenhaus als angemessen angesehen wird. Zwar wird gegenüber dem MDK oder der Krankenkasse keine Erstattung dieser Kosten geltend gemacht, sie fallen jedoch auch dort faktisch an.

b. Satz 2

Satz 2 nimmt die Regelung des bisherigen Absatzes 1c Satz 1 auf, nach der eine Einzelfallprüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung des Krankenhauses bei der Krankenkasse einzuleiten und dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Diese sechswöchige Ausschlussfrist, ebenfalls durch das GKV-WSG zum 01.04.2007 eingeführt, hat sich zur Eindämmung der Flut von Einzelfallprüfungen bewährt und wird daher beibehalten. Die Neuregelung macht zudem deutlich, dass eine Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V sowohl bei Vorliegen einer Zwischen- als auch einer Schlussabrechnung des Krankenhauses zulässig ist. Diese Feststellung ist erforderlich, um sicherzustellen, dass die erfolglose Prüfung von Zwischenrechnungen ebenfalls den Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1e Satz 3 SGB V (neu) auslöst. Die Einbeziehung von Zwischenrechnungen in den Anwendungsbereich der Einzelfallprüfung ist auch konsequent, da Zwischenrechnungen, beispielsweise in Überlieferungsfällen (stationäre Behandlung über den Jahreswechsel hinaus) oder im Rahmen psychiatrischer Behandlungen, eine übliche Form der Abrechnung darstellen. Diese Auffassung wird auch vom Bundesministerium für Gesundheit in seinem Schreiben vom 14.11.2007 geteilt.

Ebenfalls neu geregelt in Satz 2 ist die eindeutige Vorgabe für die Prüfanzeige. Um dem Krankenhaus deutlich zu machen, dass es sich um eine Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V handelt und welche Auffälligkeiten die Krankenkasse bei der Abrechnung konkret festgestellt hat, die nunmehr vom MDK untersucht werden sollen, hat die Anzeige der Prüfung durch Übermittlung des Prüfauftrages der Krankenkasse an den MDK sowie in Fäl-

len der Abrechnungsprüfung durch die Benennung der konkreten, zur Durchführung einer Fallprüfung Anlass gebenden Auffälligkeiten durch den MDK an das Krankenhaus zu erfolgen. Dadurch wird sichergestellt, dass das Krankenhaus keine Informationsdefizite hinsichtlich der anstehenden Prüfung gegenüber dem MDK hat und es Vorbereitungen zur effektiven und beschleunigten Durchführung der Prüfung treffen kann, z.B. die erforderlichen Akten anfordern, falls diese – was heutzutage nicht selten ist – ausgelagert aufbewahrt werden. Das Krankenhaus wird zudem in die Lage versetzt, abschätzen zu können, welche Unterlagen für die Durchführung der Prüfung im Sinne des § 276 Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V erforderlich sind. Die Kenntnis des konkreten Prüfauftrages ist für das Krankenhaus auch deshalb bedeutsam, damit es prüfen kann, ob sich der MDK an den Prüfauftrag hält. Zur Bindung des MDK an den Prüfauftrag siehe die Erläuterungen unter 5a und b.

c. Satz 3 und 4

Nach Satz 3 hat der MDK dem Krankenhaus eine individualisierte Aufstellung der an den einzelnen Terminen zu prüfenden Fälle zu übermitteln und mit dem Krankenhaus einen Prüftermin abzustimmen. Dies dient ebenfalls der Verfahrensbeschleunigung, da das Krankenhaus dadurch die erforderlichen Patientenunterlagen zeitnah bereitstellen kann.

Der Prüftermin wird zwischen dem MDK und dem Krankenhaus unter Beachtung eines Terminvorlaufs von mindestens vier Wochen ab dem Eingang der individualisierten Aufstellung abgestimmt. Damit wird sichergestellt, dass der MDK dem Krankenhaus keinen Prüftermin diktieren kann, der dem Krankenhaus eine Bereitstellung der Unterlagen unmöglich macht. Zu diesem Termin darf der MDK dann auch die Räumlichkeiten des Krankenhauses betreten und die Prüfung durchführen. Die Befugnis zum Betreten der Räume des Krankenhauses entspricht der bisherigen Regelung des § 276 Absatz 4 Satz 1 SGB V, die bisher vorgesehene Befugnis zur Untersuchung des Patienten entfällt jedoch, da diese Befugnis vor dem Hintergrund verkürzter Verweildauern – abgesehen von extremen Ausnahmefällen und Behandlungsfällen in der Psychiatrie – kaum noch von praktischer Bedeutung ist, da die behandelten Patienten in der Regel im Zeitpunkt der Einzelfallprüfung bereits entlassen worden sind.

d. Satz 5 und 6

Bereits jetzt ergibt sich aus einzelnen Landesverträgen nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V der Anspruch der Krankenhausärzte auf Anwesenheit vor Ort bei Durchführung der Prüfung. Um zu vermeiden, dass sämtliche Fälle, in denen der MDK im Rahmen seiner Begutachtung zu einer von der Abrechnung des Krankenhauses abweichenden Auffassung gelangt, der Sozialgerichtsbarkeit zugeführt werden, sieht Satz 5 die Durchführung einer freien fachlichen Erörterung dissent beurteilter Behandlungsfälle zwischen den Ärzten des MDK und den Krankenhausärzten vor. Im Rahmen dieser Erörterung sollen alle Argumente nochmals einer kritischen Würdigung unterzogen werden. Die Ärzte des MDK sind dabei nach Satz 6 verpflichtet, die Durchführung der freien Erörterung, deren wesentliche Inhalte sowie deren Ergebnis nachvollziehbar zu dokumentieren.

e. Satz 7 und 8

Satz 7 führt erstmals eine zeitliche Obergrenze für die Durchführung einer Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V ein. Die für das Krankenhaus entscheidende leistungsrechtliche Beurteilung der Krankenkasse hat danach spätestens 24 Wochen nach Eingang der Zwischen- oder Schlussabrechnung des Krankenhauses bei der Krankenkasse zu erfolgen. Nachgewiesen wird die Einhaltung dieser Ausschlussfrist nach Satz 8 durch den fristgerechten Zugang der leistungsrechtlichen Entscheidung beim Krankenhaus. Bewusst ist die Neugestaltung des Prüfverfahrens mit einer Obergrenze ausgestaltet und auf Fristen innerhalb des Verfahrens – bis auf die Einleitungsfrist nach Satz 2 – verzichtet worden. Dies macht das Verfahren für Krankenkassen und MDK flexibel und ermöglicht eine Verfahrenssteuerung. So kann beispielsweise der Termin für die Prüfung vor Ort relativ weit nach hinten innerhalb der 24-Wochenfrist gelegt werden, wenn dafür die leistungsrechtliche Entscheidung schneller erfolgt. Auf Belastungsspitzen des MDK kann somit reagiert werden. Gleichzeitig besteht sowohl für das Krankenhaus als auch für die Krankenkasse die Gewissheit, dass innerhalb von 24 Wochen nach Rechnungseingang eine Bearbeitung des streitigen Behandlungsfalles abgeschlossen ist.

2. Einführung eines neuen § 275 Abs. 1d SGB V

Die Neuregelung des Absatzes 1d beinhaltet die zweite Möglichkeit der Durchführung einer Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V: Die Prüfung nach Aktenlage. Auch diese Form der Begutachtung ist möglich, sie kann jedoch nur erfolgen, wenn das Krankenhaus einer Prüfung in dieser Form ausdrücklich zugestimmt hat. Der MDK hat dem Krankenhaus im Rahmen der Prüfanzeige mitzuteilen, dass er hinsichtlich bestimmter Fälle eine Prüfung nach Aktenlage beabsichtigt. Diesem Ansinnen kann das Krankenhaus zustimmen. Stimmt es nicht zu, erfolgt eine Prüfung vor Ort nach Absatz 1c. Es kann Gründe geben, die für eine Prüfung nach Aktenlage sprechen, wenn es sich im Prüfauftrag z.B. um eine genau bezeichnete Detailfrage handelt, die durch die Übersendung einiger weniger Unterlagen beantwortet werden kann oder eine reine Kodierprüfung vorliegt, für die keine weiteren Erkenntnisquellen außerhalb der Behandlungsunterlagen erforderlich sind.

Zwecks Beschleunigung des Verfahrens hat das Krankenhaus, nachdem es sich mit dem MDK auf die Durchführung einer Prüfung nach Aktenlage geeinigt hat, die zur Durchführung der Prüfung erforderlichen und vom Medizinischen Dienst angeforderten Unterlagen im Sinne des § 276 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V innerhalb von vier Wochen an den MDK zu übermitteln.

3. Einführung eines neuen § 275 Absatz 1e SGB V

a. Satz 1

Absatz 1e Satz 1 kodifiziert Aussagen der Rechtsprechung, beispielsweise des Bundessozialgerichts (Entscheidung vom 28.09.2006, Az.: B 3 KR 23/05

R), wonach die Einleitung und Durchführung eines Prüfverfahrens die Fälligkeit des Vergütungsanspruches des Krankenhauses nicht hinaus schiebt. Die Krankenkasse ist folglich verpflichtet, den vollen Vergütungsbetrag zu entrichten, kann jedoch im Falle einer durch ein MDK-Gutachten festgestellten fehlerhaften Abrechnung einen zu viel gezahlten Betrag zurückfordern.

b. Satz 2

In welcher Form diese Rückforderung erfolgt, steht nicht mehr im alleinigen Belieben der Krankenkasse. Satz 2 sieht vor, dass eine nach Belieben der Krankenkasse vorgenommene Aufrechnung eines durch ein MDK-Gutachten festgestellten Rückforderungsanspruches der Krankenkasse mit anderen Vergütungsforderungen des Krankenhauses grundsätzlich unzulässig ist. Eine Aufrechnung kommt nur dann in Frage, wenn das Krankenhaus sein Einverständnis mit dem Ergebnis der Begutachtung des MDK erklärt hat. Wird dieses Einverständnis nicht erklärt, kann eine Aufrechnung somit nur dann erfolgen, wenn die Krankenkasse die (Rück-)Zahlung des von ihr zu viel überwiesenen Vergütungsbetrages rechtskräftig erstritten hat. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass eine Aufrechnung nur nach Erklärung des Einverständnisses des Krankenhauses erfolgen kann. Als rechtliche Konsequenz dieser Änderung greift in allen anderen Fällen nunmehr der allgemeine Grundsatz, dass derjenige, der einen Anspruch geltend macht, auch aktiv werden muss, um diesen durchzusetzen. Erklärt das Krankenhaus somit nicht sein Einverständnis mit der Aufrechnung, muss die Krankenkasse Klage erheben, gerichtet auf Rückzahlung der angeblich zu viel gezahlten Vergütung. Dadurch soll verhindert werden, dass die Krankenkasse in streitigen Fällen vor Erlass eines entsprechenden Gerichtsurteils Fakten schafft und den aus ihrer Sicht überzahlten Betrag mit weiteren Forderungen des Krankenhauses aufrechnet. In diesen Fällen werden dem Krankenhaus notwendige liquide Mittel entzogen, obwohl die Berechtigung der Rückforderung der Krankenkasse noch gar nicht rechtskräftig festgestellt ist. Um dies zu verhindern, kann eine Aufrechnung nur nach Zustimmung des Krankenhauses in den Fällen erfolgen, in denen es das Ergebnis der Begutachtung anerkennt oder ein rechtskräftiges Zahlungsurteil vorliegt.

Die gegenwärtige Praxis vieler Krankenkassen, behauptete Rückforderungsansprüche einseitig mit weiteren Vergütungsansprüchen des Krankenhauses aufzurechnen, ist auch vor dem Hintergrund der prozessualen Möglichkeiten zur gerichtlichen Durchsetzung der Ansprüche durch das Krankenhaus problematisch. Da Sammelklagen nicht zulässig sind, müsste dieses jede von Kassenseite vorgenommene Aufrechnung genau spezifizieren und im Klageantrag benennen. Da es sich bei den Abrechnungen der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen um Massenverfahren handelt, ist eine genaue Trennung der miteinander aufgerechneten Forderungen oftmals nicht mehr möglich, so dass eine genaue Spezifizierung des Streitgegenstandes nicht mehr vorgenommen werden kann. Um unüberwindbare Hürden bei der gerichtlichen Durchsetzung von Vergütungsansprüchen zu vermeiden, ist die Möglichkeit zur Vornahme einer Aufrechnung dahingehend zu beschränken, dass ein vorheriges Einverständnis des Krankenhauses erforderlich ist.

c. Satz 3

Satz 3 behält die ebenfalls durch das GKV-WSG zum 01.04.2007 eingeführte Aufwandspauschale für Einzelfallprüfungen, die nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben, bei. Außerdem wird klargestellt, dass die Aufwandspauschale – entsprechend der bisherigen gesetzlichen Regelung – unabhängig von einem etwaigen Vertretenmüssen zu zahlen ist. Diese Fallkonstellationen sind bereits unter Geltung der aktuellen Fassung des § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V vom Wortlaut der Aufwandspauschale erfasst, was auch das Bundesministerium für Gesundheit in seinem Schreiben vom 12.12.2007 bestätigt hat. Danach sei einzige Tatbestandsvoraussetzung für das Entstehen der Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale die „Nichtminderung“ des Rechnungsbetrages durch die MDK-Prüfung. Die Notwendigkeit der hier erfolgten gesetzgeberischen Klarstellung ergibt sich auch aus dem Urteil des BSG vom 22.06.2010 (Az.: B 1 KR 1/10 R). Darin hat es für den Fall der unstreitigen Falschkodierung einer Hauptdiagnose ohne Minderung des Rechnungsbetrages entschieden, dass die Geltendmachung der Aufwandspauschale durch das Krankenhaus dann unbillig sei, wenn die Krankenkasse auf Grund eines unstreitigen, aber nicht erlösrelevanten Fehlers des Krankenhauses bei der Kodierung einer Hauptdiagnose zur Einleitung einer letztlich erfolglosen Einzelfallprüfung veranlasst wurde. Vor dem Hintergrund dieser Auslegung des § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V (alte Fassung) durch das BSG ist eine gesetzliche Klarstellung geboten.

d. Satz 4

Satz 4 macht deutlich, dass die Pflicht der Krankenkasse zur Zahlung der Aufwandspauschale auch dann nicht entfällt, wenn der Gutachter des MDK innerhalb der unteren und der oberen Grenzverweildauer einen Belegungstag streicht und die Krankenhausrechnung somit um zur Zeit 5,62 € gemindert wird. Diese Praxis zur Vermeidung der Zahlung der Aufwandspauschale ist in den ostdeutschen Bundesländern ein großes Problem. Diese Verfahrensweise unterläuft für die in den ostdeutschen Bundesländern gelegenen Krankenhäuser die mit der Einführung der Aufwandspauschale vom Gesetzgeber verfolgte Zielsetzung und belastet diese Krankenhäuser doppelt: So wird nicht nur ihre Rechnung um 5,62 € gekürzt, sondern ihnen wird auch die Aufwandspauschale in Höhe von 300 € vorenthalten, obschon sie eine völlig korrekte Abrechnung erstellt haben und trotzdem mit einer Einzelfallprüfung überzogen worden sind.

4. Einführung eines neuen § 275 Absatz 1f SGB V

Diese Neuregelung ist als Sanktionsregelung für die Nichteinhaltung sowohl der Frist von sechs Wochen nach Absatz 1c Satz 2 als auch der Frist von 24 Wochen nach Absatz 1c Satz 7 durch die Krankenkasse und/oder den MDK erforderlich. Die Folge, dass bei Nichteinhaltung dieser Fristen das Prüfverfahren beendet und die Krankenkasse mit der Erhebung jeglicher Einwendungen oder Rückforderungsansprüchen gegenüber dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses nach Grund und Höhe ausgeschlossen ist, ist in dieser Kon-

sequenz erforderlich, um die Krankenkassen und den MDK zu einer effektiven und schnellen Durchführung der Einzelfallprüfung zu veranlassen. In ihrer Konsequenz mildere Sanktionsregelungen weichen die Idee der straffen Verfahrensdurchführung lediglich auf und sind daher zur Durchsetzung des Grundsatzes der Verfahrensbeschleunigung ungeeignet. Dies gilt auch in den Fällen, in denen beispielsweise der MDK im Rahmen seiner Begutachtung Einwendungen gegen die Abrechnung des Krankenhauses festgestellt hat, die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse aber nicht innerhalb der Frist von 24 Wochen nach Eingang der Zwischen- oder Schlussabrechnung des Krankenhauses ergeht.

5. Änderung des § 275 Absatz 5 SGB V

§ 275 Absatz 5 SGB V wird um die neuen Sätze 1 bis 4 ergänzt.

a. Satz 1

Satz 1 stellt sicher, dass die eine Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V durchführenden Ärzte des MDK ausschließlich an den Prüfauftrag der Krankenkasse bei der Prüfung von Krankenhausleistungen gebunden sind und nicht darüber hinausgehen dürfen. Die zentrale Bedeutung des Prüfauftrages für die Einzelfallprüfung wird dadurch unterstrichen. Ausschließlich der Prüfauftrag definiert den Umfang der Prüfung und gibt den Rahmen dessen vor, was vom MDK geprüft werden darf. Auch aus diesem Grunde ist es erforderlich, dass der Prüfauftrag der Krankenkasse vom MDK an das Krankenhaus nach Absatz 1c Satz 2 zu übermitteln ist.

b. Satz 2

Satz 2 beschreibt die Konsequenz des Satzes 1. Im MDK-Gutachten dürfen lediglich diejenigen Umstände des Behandlungsfalles verwertet werden, die von den Ärzten des MDK unter Beachtung des Prüfauftrages festgestellt worden sind. Das bewusste Abweichen des MDK vom Prüfauftrag wird somit unterbunden und verhindert, dass unter Umgehung des Prüfauftrages der Krankenkasse eine Ausforschungsprüfung erfolgt. Vom MDK unter unzulässiger Ausdehnung des Prüfauftrages ermittelte Umstände, die eine Rechnerkürzung begründen können, dürfen im Rahmen des MDK-Gutachtens nicht berücksichtigt werden.

c. Satz 3 und 4

Satz 3 regelt das so genannte „Tatortprinzip“. Danach ist für die Durchführung der Prüfung grundsätzlich der MDK des Bundeslandes zuständig, in dessen Gebiet das Krankenhaus belegen ist. Satz 4 macht ergänzend deutlich, dass abweichende organisatorische Regelungen des MDK zu berücksichtigen sind. Dies können Regelungen sein, wonach ein MDK für mehrere Bundesländer zuständig ist (z.B. der MDK Nord für die Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein) oder ein Bundesland mehrere MDK hat (MDK Nordrhein und MDK Westfalen-Lippe in Nordrhein-Westfalen).

d. Satz 5

Der neue Satz 5 sichert die Berücksichtigung der zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen in Landesverträgen nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V zur Durchführung von Prüfungen in Krankenhäusern getroffenen Vereinbarungen durch den MDK. Die Verpflichtung zur Einhaltung dieser Vereinbarungen, sofern sie in einem Bundesland vorliegen, trifft jeden eine Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V durchführenden MDK. Die Herstellung dieser Bindung des MDK an landesvertraglich getroffene Bestimmungen zur Durchführung von Einzelfallprüfungen ist erforderlich, da das Bundessozialgericht die Bindung des MDK an solche Landesverträge zumindest angezweifelt hat (Urteil vom 28.09.2006, B 3 KR 23/05 R). Durch die Neuregelung wird diese – noch nicht entschiedene Streitfrage – einer sachgerechten Lösung zugeführt und die Bindung des MDK an Landesverträge hergestellt.

Die Sätze 6 und 7 entsprechen den bisherigen Sätzen 1 und 2 des Absatzes 5.

zu II. Änderungen in § 276 SGB V**1. Änderung in § 276 Absatz 1 Satz 1 SGB V**

In § 276 Absatz 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V wird der Verweis auf die Modellvorhaben nach § 275a SGB V gestrichen, da diese Regelung weggefallen ist.

2. Änderung in § 276 Absatz 2 Satz 1 SGB V

Die Ergänzung des § 276 Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V ist notwendige Folge der Änderung des § 275 Absatz 1c SGB V und der Festlegung der Prüfung vor Ort als Grundfall der Prüfung von Krankenhausleistungen nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V, bei der eine Übersendung von Sozialdaten, die über den Umfang des § 301 SGB V hinausgehen, nicht notwendig ist. In den anderen Fällen der Prüfung nach § 275 Absätze 1 bis 3 SGB V bleibt diese Pflicht jedoch unberührt.

Weiterhin wurde die Ergänzung aufgenommen, dass nur die Unterlagen zu übermitteln sind, die für die Prüfung unter Berücksichtigung des Prüfauftrags der Krankenkasse erforderlich sind. Die explizite Erwähnung des Prüfauftrages unterstreicht nochmals dessen Bedeutung für das Prüfverfahren und hilft, den Begriff der „Erforderlichkeit“ zu definieren und den Umfang der zu übermittelnden Sozialdaten zu begrenzen. Die Kenntnis des Prüfauftrages versetzt das von der Mitwirkungspflicht betroffene Krankenhaus in die Lage, die erforderlichen Unterlagen zusammenzustellen und an den MDK zu übermitteln und somit seinen Mitwirkungspflichten nachzukommen.

3. Änderung in § 276 Absatz 4 SGB V

In § 276 Absatz 4 SGB V wird der bisherige Satz 1 gestrichen, da dieser aufgrund der Änderungen jetzt in § 275 Absatz 1c Satz 4 SGB V enthalten ist. Der bisherige Satz 2 ist nun alleiniger Inhalt des Absatzes 4.

zu III. Änderung des § 277 SGB V

§ 277 SGB V ist um einen neuen Absatz 1 ergänzt worden.

a. § 277 Absatz 1 SGB V

Satz 1 legt fest, dass der MDK der Krankenkasse das Ergebnis seiner Begutachtung sowie die erforderlichen Angaben über den Befund mit medizinisch-nachvollziehbarer Begründung mitzuteilen hat. Dadurch wird den von der Rechtsprechung (SG Magdeburg, Urteil vom 30.09.2003, Az.: S 6 KR 126/03) an die Substantiiertheit eines MDK-Gutachtens gestellten Anforderungen Genüge getan. Die Regelung stellt klar, dass sich das Gutachten des MDK nicht in der Mitteilung des Prüfergebnisses und den erforderlichen Angaben zum Befund erschöpfen darf, sondern eine medizinisch-nachvollziehbare Begründung für die Beurteilung des Behandlungsfalles aus medizinischer Sicht enthalten muss. Diese hat deutlich zu machen, dass der prüfende Arzt des MDK alle relevanten Erkenntnismöglichkeiten hinsichtlich des zu beurteilenden Behandlungsfalles herangezogen und sich für seine Begutachtung nicht auf wenige Dokumente, wie z. B. den Entlassungsbericht des Krankenhauses, beschränkt hat.

Um dem Krankenhaus die Möglichkeit zu geben, sich umfassend über die Entscheidung des MDK zu informieren und zu prüfen, ob gegen das Ergebnis der Begutachtung gegebenenfalls vorgegangen werden soll, ordnet Satz 2 an, dass der MDK sowohl das Ergebnis seiner Begutachtung als auch die entsprechenden tragenden Gründe nicht nur der Krankenkasse, sondern auch dem Krankenhaus mitzuteilen hat. Um sicher zu stellen, dass sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus die identische Informationsgrundlage haben, übersendet der MDK dem Krankenhaus das an die Krankenkasse erstattete Gutachten zeitgleich in Kopie.

b. § 277 Absatz 2 SGB V

Die Ergänzung des neuen § 277 Absatz 2 Satz 1 SGB V auf die übrigen Fälle der Einzelfallprüfung ist erforderlich geworden, da § 277 Absatz 1 SGB V bereits Adressaten und notwendigen Inhalt des MDK-Gutachtens für Einzelfallprüfungen nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V festlegt. Daher finden die in § 277 Absatz 1 SGB V getroffenen Regelungen bezüglich der Mitwirkungspflichten nur noch auf die anderen in § 275 SGB V aufgeführten MDK-Prüfungen Anwendung.

c. § 277 Absatz 3 SGB V

Absatz 3 entspricht dem bisherigen Absatz 2.