

Die häufigsten Fragen (FAQ) zur Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V

Verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen sowohl in somatischen als auch in psychiatrischen Krankenhäusern werden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf der Grundlage von § 275 SGB V durchgeführt. Hauptanwendungsfall ist dabei die Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die Fehlbelegungs- und Abrechnungsprüfung in den Krankenhäusern. Im Rahmen der Prüfverfahren stellen sich in der Praxis vielfältige Fragen, die – vorbehaltlich abweichender oder ergänzender landesrechtlicher Regelungen – nachfolgend bewertet werden.

1. Bis wann dürfen die Krankenkassen eine MDK-Prüfung veranlassen?

Auf bundesgesetzlicher Ebene ist durch das GKV-WSG zum 01.04.2007 mit dem eingefügten § 275 Abs. 1c SGB V eine konkrete Fristenregelung eingeführt worden, wonach eine Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V „spätestens 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus gegenüber anzuzeigen ist“.

Nach der Gesetzesbegründung handelt es sich bei dieser Frist um eine **Ausschlussfrist**, deren Beginn das Gesetz ausdrücklich auf den Tag des Eingangs des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse festlegt. Auch die GKV-Spitzenverbände gehen in ihrem Positionspapier vom 02.08.2007 davon aus, dass es sich um eine Ausschlussfrist handelt. Für die Berechnung der Frist sind aufgrund des Verweises in § 69 S. 4 SGB V die Regelungen der §§ 187 ff. BGB entsprechend anzuwenden.

Sollten die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse sowie die Anzeige der Prüfung durch den MDK gegenüber dem Krankenhaus nicht innerhalb der 6-Wochen-Frist erfolgen, ist das Krankenhaus berechtigt, die Prüfung wegen Verfristung als unzulässig abzulehnen. Nach Ablauf der 6-Wochen-Frist nach § 275 Abs. 1c SGB V ist die Krankenkasse mit Einwendungen ausgeschlossen, die die Beauftragung des MDK voraussetzen (vgl. Urteile des SG Darmstadt vom 20.05.2010 (Az.: S 18 KR 344/08), rechtskräftig, des SG Lübeck vom 15.07.2010 (Az.: S 3 KR 712/08), rechtskräftig und vom 30.07.2010 (Az.: S 33 KR 718/08), rechtskräftig sowie des SG Hannover vom 13.01.2010 (Az.: S 19 KR 441/09), rechtskräftig).

2. Für welche Verfahren gilt diese Fristenregelung?

Seit Inkrafttreten des GKV-WSG zum 01.04.2007 ist die Frage des zeitlichen Anwendungsbereiches dieser Regelung, also die Frage, auf welche Behandlungsfälle die Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V anzuwenden sind, intensiv diskutiert worden.

Die Krankenkassen haben den Anwendungsbereich der Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V stets restriktiv ausgelegt und auf die Prüfung derjenigen Fälle

mit Behandlungsbeginn nach dem 31.03.2007 begrenzt. Aus Sicht der DKG stellte dies eine zu starke Begrenzung des Anwendungsbereiches des § 275 Abs. 1c SGB V dar. Diese Regelung erfasse vielmehr darüber hinausgehend auch die Prüfungen derjenigen Fälle, bei denen die Behandlung schon vor dem 01.04.2007 begonnen oder sogar schon beendet wurde, der Rechnungsdatensatz jedoch erst nach dem 31.03.2007 bei der Krankenkasse einging. Vergleichbar zur DKG argumentierten u. a. das SG München in seiner Entscheidung vom 28.02.2008 (Az.: S 43 KR 806/07), das SG Dresden in seiner Entscheidung vom 14.05.2008 (Az.: S 15 KR 58/07) sowie das SG Nürnberg in seiner Entscheidung vom 11.02.2009 (Az.: S 7 KR 405/08). Die Anwendbarkeit der Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V auf **alle** ab dem 01.04.2007 bei den Krankenkassen eingehenden Rechnungen ist zudem durch das Bundesministerium für Gesundheit in einer Stellungnahme bestätigt worden. Andererseits hat das LSG Sachsen in seinem Beschluss vom 25.04.2008 (Az.: L 1 B 198/08 KR-ER) entschieden, dass die Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V nur für die Prüfung derjenigen Fälle gelte, bei denen die Krankenhausbehandlung ab dem 01.04.2007 stattgefunden hat.

Diese Diskussion dürfte jedoch durch das Urteil des BSG vom 22.06.2010 (Az.: B 1 KR 29/09 R), das sich in einem so genannten Altfall mit der Zahlung der Aufwandspauschale befasst hat, ihr Ende gefunden haben. Das BSG hat entschieden, dass die Aufwandspauschale lediglich für die erfolglose Überprüfung derjenigen Fälle zu zahlen sei, deren Behandlungsbeginn zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V – also nach dem 31.03.2007 – erfolgte. In der Urteilsbegründung zeigt sich das BSG vom Wortlaut der Vorschrift relativ unbeeindruckt und lässt auch die dahingehende Stellungnahme des Gesetzgebers, dass für die Entstehung des Anspruchs auf Zahlung der Aufwandspauschale allein der Zeitpunkt des Eingangs der Rechnung bei der Krankenkasse entscheidend sei und nicht der Behandlungsbeginn, unberücksichtigt. Aus der Gesetzessystematik des § 275 SGB V ergebe sich, dass entscheidender Zeitpunkt für die Anwendbarkeit der Aufwandspauschale der Behandlungsbeginn nach dem 31.03.2007 sei und in den Gesetzesmaterialien kein anderer Wille des Gesetzgebers zu erkennen sei.

Mit der Erhöhung der Aufwandspauschale auf 300,- € durch das KHRG, welches am 25.03.2009 in Kraft getreten ist, wurde diese Diskussion um einen weiteren Aspekt ergänzt. Vor dem Hintergrund, eine für die Liquidität der Krankenhäuser erstrebenswerte Einigung mit dem GKV-Spitzenverband hinsichtlich des zeitlichen Anwendungsbereichs der Abrechnung des Zu- oder Abschlags wegen Konvergenzverlängerung gemäß § 5 Abs. 6 KHEntgG zu treffen, hat die DKG – ohne Aufgabe ihrer Rechtsposition – in der mit dem GKV-Spitzenverband abgeschlossenen und zum 01.04.2009 in Kraft getretenen Rahmenempfehlung zu Fragen der Umsetzung des KHRG die Empfehlung ausgesprochen, die erhöhte Aufwandspauschale von 300,- € nur für erfolglose Überprüfungen derjenigen Fälle einzufordern, deren Behandlungsbeginn nach dem 24.03.2009 erfolgt ist. Hinsichtlich des zeitlichen Anwendungsbereichs der erhöhten Aufwandspauschale zeigt das o. g. BSG-Urteil daher keine neuen Aspekte auf.

3. Wie berechnet sich die 6-Wochen-Frist?

Nach § 69 SGB V gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches – und damit auch die §§ 187 ff. BGB zur Fristberechnung – entsprechend.

Zur Verdeutlichung der Fristberechnung folgende Beispiele:

a. Fristende an einem Werktag (§§ 187, 188 BGB)

Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse/ bzw. der Annahmestelle der Krankenkasse:	Freitag	01.06.2007
Erster Tag der Fristberechnung:	Sonnabend	02.06.2007 00.00 Uhr
Fristende:	Freitag	13.07.2007 24.00 Uhr

→ Der Tag des Eingangs des Rechnungsdatensatzes wird bei der Fristberechnung **nicht** mitgerechnet

b. Fristende an einem Sonnabend, Sonntag oder Feiertag (§§ 187, 188, 193 BGB)

Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse/ bzw. der Annahmestelle der Krankenkasse :	Sonnabend	02.06.2007
Erster Tag der Fristberechnung:	Sonntag	03.06.2007 00.00 Uhr
Fristende:	Montag	16.07.2007 24.00 Uhr

→ Fristende fiel grundsätzlich auf Sonnabend, den 14.07.2007, 24.00 Uhr; Fristende ist in diesen Fällen aber gemäß § 193 BGB der nächste Werktag, also Montag, der 16.07.2007, 24.00 Uhr

4. Welche Anforderungen zur Fristwahrung muss die Einleitung einer MDK-Prüfung grundsätzlich erfüllen?

Zur Wahrung der 6-Wochen-Frist müssen zunächst die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse **und** die Anzeige der Prüfung durch den MDK gegenüber dem Krankenhaus **kumulativ** innerhalb dieser Frist erfolgen. Dies ergibt sich aus dem klaren Wortlaut des Gesetzes sowie der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG.

Sollten landesvertragliche Vereinbarungen zur Einleitungsfrist (z.B. auf der Basis von Verträgen nach § 112 SGB V) bestehen, ist zu differenzieren:

- Sieht die landesvertragliche Vereinbarung eine **längere Frist** als 6 Wochen vor, gilt ab dem 01.04.2007 ausschließlich die kürzere Frist des § 275 Abs. 1c SGB V, da der Bundesgesetzgeber nunmehr eine strengere, all-gemeinverbindliche Regelung getroffen hat und diese Regelung nicht durch individuelle Vereinbarungen umgangen werden kann.

- Sieht die landesvertragliche Vereinbarung hingegen eine **kürzere Frist** als 6 Wochen vor, ist diese Frist zu berücksichtigen. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG ist es Sinn und Zweck der Neuregelung des § 275 Abs. 1c SGB V, die Flut der Einzelfallprüfungen einzudämmen. Es handelt sich somit um eine Regelung zum Schutze der Krankenhäuser. Vereinbaren Krankenkassen und Krankenhäuser in Landesverträgen diesbezüglich eine kürzere Frist, erhöht dies den Schutz den Krankenhäuser, da bereits nach Ablauf eines kürzeren Zeitraums eine Prüfung als verfristet zurückgewiesen werden kann. Eine Verschärfung einer bundesgesetzlichen Frist durch eine individuelle Vereinbarung ist daher möglich.

5. Welchen Inhalt muss eine Prüfanzeige haben?

Bundesrechtlich existiert zu dieser Frage keine ausdrückliche gesetzliche Regelung. Dennoch soll die Neuregelung des § 275 Abs. 1 c SGB V nach der Intention des Gesetzgebers die Flut der Einzelfallprüfungen eindämmen und zu einer zielgerichteten Durchführung der Prüfungen führen. Dieses Ziel kann nur dann erreicht werden, wenn der MDK dem Krankenhaus die konkreten Auffälligkeiten mitteilt, die die Krankenkasse zu einer Prüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V veranlasst haben. Erst eine solch **qualifizierte Anzeige** durch Mitteilung des konkreten **Prüfauftrages** ermöglicht es dem Krankenhaus zu beurteilen, ob es sich bei der eingeleiteten Prüfung tatsächlich um eine verdachtsabhängige Prüfung von Auffälligkeiten nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V handelt. Außerdem kann das Krankenhaus dadurch bereits zu diesem frühen Zeitpunkt der Verfahrenseinleitung erkennen, welche Daten gegebenenfalls an den MDK nach § 276 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V zu übermitteln sind bzw. übermittelt werden dürfen, da es datenschutzrechtlich unzulässig ist, zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrags nicht erforderliche Daten zu übermitteln. Eine über dieses Maß hinausgehende Übermittlung von Daten birgt zudem die Gefahr einer Strafbarkeit nach § 203 StGB in sich.

Auf Landesebene kann es darüber hinausgehende Regelungen geben, die beispielsweise die Mitteilung des **Prüfgrundes** – einschließlich der konkreten Verdachtsmomente – der Krankenkasse oder des Datums der Beauftragung des MDK an das Krankenhaus beinhalten. Diese landesspezifischen Vereinbarungen gelten weiterhin. Dies sehen auch die GKV-Spitzenverbände in ihrem Positionspapier vom 02.08.2007 so, in dem sie vertreten, dass eine Angabe des Prüfgrundes im Rahmen der Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V nur dann erforderlich sei, sofern und soweit Entsprechendes in den Landesverträgen nach § 112 Abs. 1 SGB V geregelt sei. Aus dem Urteil des BSG vom 22.04.2009 (Az.: B 3 KR 24/07 R) ergibt sich, dass aus der Mitteilung des Prüfauftrages und der Mitteilung des Prüfgrundes für das Krankenhaus klar erkennbar sein muss, welchen Sachverhalt der MDK zu prüfen hat, um daraus ableiten zu können, welche Unterlagen in die Prüfung mit einzubeziehen sind. Ist dies für das Krankenhaus nicht hinreichend erkennbar, sollte unmittelbar beim MDK eine Klarstellung des Prüfauftrages eingefordert werden (vgl. Nr. 9).

Diesem Positionspapier lässt sich weiterhin entnehmen, dass stets auf den Prüfauftrag der Krankenkasse abzustellen ist und dieser – um Missverständnisse zu vermeiden – eindeutig formuliert werden sollte. Konsequenz dieser von den GKV-Spitzenverbänden vertretenen Auffassung ist zwingend, dass der Prüfauftrag – ob-

wohl grundsätzlich Internum zwischen Kasse und MDK – im Sinne einer qualifizierten Prüfanzeige dem Krankenhaus mitzuteilen ist, damit dieses nachprüfen kann, ob sich der MDK an den Prüfauftrag der Krankenkasse gehalten hat und berechtigt ist, eine oder mehrere Aufwandspauschalen zu verlangen.

Die Mitteilung des konkreten Prüfauftrages ist somit stets erforderlich. Eine Pflicht zur Übermittlung weitergehender Angaben, wie z. B. des Prüfgrundes, besteht nur bei entsprechenden landesspezifischen Vereinbarungen. Freiwillig können diese Angaben jedoch dem Krankenhaus mitgeteilt werden.

So lange keine qualifizierte Prüfanzeige in diesem Sinne vorliegt, ist das Krankenhaus nicht verpflichtet, an der Durchführung einer Prüfung mitzuwirken. Vielmehr sollte es den MDK auf das Erfordernis einer qualifizierten Prüfanzeige – die Übermittlung des konkreten Prüfauftrages – innerhalb der 6-Wochen-Frist hinweisen. Sollte innerhalb der 6-Wochen-Frist zwar eine Prüfanzeige erfolgen, die aber nicht den Anforderungen einer qualifizierten Prüfanzeige genügt, ist das Krankenhaus nach Ablauf der Frist berechtigt, das Prüfverfahren formal gegenüber der Krankenkasse und dem MDK als verfristet zu rügen.

Allerdings gibt es zu dieser Thematik bisher noch keine Rechtsprechung. Daher kann es im Einzelfall für das Krankenhaus angezeigt sein, sich unter Vorbehalt der Geltendmachung der Verfristung auf das Prüfverfahren einzulassen. Damit begegnet es der Gefahr, dass ihm im Rahmen eines etwaigen Rechtsstreits gerichtlicherseits der Vorwurf gemacht wird, seinen **Mitwirkungspflichten** nicht entsprochen zu haben. Diese gelten nach der Rechtsprechung des BSG in seinem Urteil vom 22.04.2009 (Az.: B 3 KR 24/07 R) im Übrigen uneingeschränkt auch in Fällen, in denen der betreffende Versicherte belegärztl. versorgt wird, und die Aufnahmeentscheidung daher nicht durch einen Krankenhausarzt erfolgt ist.

6. Welcher MDK ist im Falle einer länderüberschreitenden Behandlung zuständig?

Welcher MDK für die Durchführung einer Prüfung nach § 275 SGB V zuständig ist, ergibt sich grundsätzlich aus dem so genannten „**Tatortprinzip**“. Danach ist der **MDK des Ortes der Krankenhausbehandlung** für die Durchführung der Fallprüfung zuständig.

Dennoch ist es in der Praxis nicht auszuschließen, dass ein MDK mit der Prüfung beauftragt wird, der nicht aus dem Bundesland kommt, in dem das Krankenhaus seinen Sitz hat. Grundsätzlich könnte in diesen Fällen das Krankenhaus die Prüfung als unzulässig zurückweisen. Empfehlenswerter erscheint es jedoch, die Unzuständigkeit zwar anzuzeigen, die Mitwirkung jedoch nicht zu unterlassen und die zur Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen an den anfordernden MDK zu übersenden. Dies sollte jedoch nur mit dem Hinweis erfolgen, dass der ortsfremde MDK bei der Fallprüfung die Bestimmungen des für das jeweilige Krankenhaus geltenden Landesvertrages nach § 112 SGB V zu berücksichtigen habe. Dies kann auch aus dem Urteil des BSG vom 21.08.1996 (Az.: 3 RK 2/96) abgeleitet werden, in dem es entschieden hat, dass in einem Bundesland konsentiertere Verträge nach § 112 SGB V nicht nur für die Krankenkassen in dem betreffenden Bundesland, sondern auch für alle anderen Krankenkassen verbindlich seien, da diese den abgeschlossenen Lan-

desvertrag gegen sich gelten lassen müssen, § 112 Abs. 2 S. 2 SGB V. Diese Wertung kann auf den Fall der länderübergreifenden MDK-Prüfung übertragen werden und liegt wohl auch der im Urteil des BSG vom 28.02.2007 (Az.: B 3 KR 12/06 R) erwähnten, vom Sozialgericht München vorgenommen Verweisung eines anhängigen Streitverfahrens zu Grunde. Gegenstand des Verfahrens war die Überprüfung von in Baden-Württemberg durchgeführten stationären Behandlungen. Geklagt hatte die Krankenkasse vor dem Sozialgericht München auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den MDK Bayern, das SG München hat das Verfahren jedoch an das SG Stuttgart verwiesen und die klagende Krankenkasse hat den Klageantrag selbst auf Herausgabe der Akten an den MDK Baden-Württemberg umgestellt. Würde es auf das Tatortprinzip nicht ankommen, wäre diese Verweisung nebst Klageumstellung durch die Klägerin – zumal es im anhängigen Verfahren auch um eine Entscheidung nach Aktenlage ging – nicht erforderlich gewesen.

7. Darf der MDK den Prüfauftrag eigenmächtig ausweiten und dadurch ermittelte Ergebnisse verwerten?

Eine eigenständige Ausweitung oder Abänderung des Prüfauftrages durch den MDK ist generell als unzulässig zu bewerten. Schon § 275 Abs. 1 SGB V macht deutlich, dass die Grundlage für das Tätigwerden des MDK seine Beauftragung durch die gesetzliche Krankenkasse ist. Das Bundessozialgericht sieht die gesetzliche Krankenkasse in seinem Urteil vom 28.02.2007 (Az.: B 3 KR 12/06 R) demnach als „Herrin des Begutachtungsauftrages“, da ausschließlich sie die konkreten zu begutachtenden Fragestellungen der Fallprüfung definieren und den Begutachtungsauftrag dementsprechend erweitern, einschränken oder zurücknehmen könne. Diesbezüglich ist jedoch die Neuregelung des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V zu berücksichtigen, wonach die Prüfung dem Krankenhaus spätestens 6 Wochen nach Eingang der Krankenhausrechnung anzuzeigen ist. Innerhalb dieses Zeitraumes ist eine Änderung des Prüfauftrages durch die Krankenkasse (einschließlich diesbezüglicher Anzeige durch den MDK) möglich. Nach Ablauf der Ausschlussfrist von 6 Wochen nach Rechnungseingang ist eine Ausweitung des Prüfauftrages durch die Krankenkassen nicht mehr möglich.

Auch die GKV-Spitzenverbände gehen ausweislich ihres Positionspapiers vom 02.08.2007 davon aus, dass der von den Krankenkassen erteilte Prüfauftrag von entscheidender Bedeutung ist.

Hat der MDK dennoch über den Gutachtenauftrag hinausgehende Untersuchungen durchgeführt, ist es fraglich, ob die dadurch gewonnenen Ergebnisse zu Lasten des Krankenhauses verwertet werden dürfen. Durch eine eigenständige Erweiterung des Prüfauftrages könnte die neue 6-Wochen-Frist leicht umgangen werden, zudem würden diese Ergebnisse unter Verstoß gegen die Kompetenzregelungen gewonnen. Das SG Hannover hat mit nicht rechtskräftigem Urteil vom 22.02.2010 (Az.: S 19 KR 141/09) entschieden, dass sich die Krankenkasse nur auf innerhalb der Ausschlussfrist von 6 Wochen erhobene Einwendungen stützen kann. Wird die stationäre Behandlungsbedürftigkeit als solche innerhalb der Ausschlussfrist nicht in Frage gestellt, so ist dies auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass der einmal erteilte Prüfauftrag nur innerhalb der 6-Wochen-Frist geändert werden kann und ansonsten bindend für die Krankenkasse und den MDK ist.

8. Wo darf der MDK die Prüfung durchführen?

Den Ärzten des MDK ist es grundsätzlich möglich, die Prüfung entweder nach Aktenlage oder vor Ort im Krankenhaus vorzunehmen. Eine bundesgesetzliche Regelung, die festlegt, wann eine Prüfung nach Aktenlage durchzuführen und wann vor Ort zu prüfen ist, fehlt. Aus § 276 Abs. 4 SGB V lässt sich lediglich die Befugnis des MDK ableiten, die Räumlichkeiten des Krankenhauses in der Zeit zwischen 8 und 18 Uhr zu betreten. Ergänzende Regelungen können jedoch in Vereinbarungen auf Landesebene getroffen werden, z. B. der Vorrang der Prüfung vor Ort. Auch ist es auf Landesebene nicht ungewöhnlich, dass der MDK auf Wunsch der Krankenhäuser zur Prüfung vor Ort eingeladen wird.

9. Was ist bei Anforderungsverlangen von Unterlagen grundsätzlich zu beachten?

§ 276 Abs. 2 S. 1, 1. Halbsatz SGB V bestimmt, dass der MDK Sozialdaten nur erheben und speichern darf, **soweit** dies für die Prüfung, Beratung und gutachtliche Stellungnahme nach § 275 SGB V **erforderlich** ist. Der zweite Halbsatz bestimmt, dass Leistungserbringer in diesen Fällen **verpflichtet** sind, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln. Diese Übermittlungspflicht bezieht sich sowohl auf die Abrechnungsprüfung als auch auf die Prüfung hinsichtlich Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 22.04.2009 (Az.: B 3 KR 24/07 R) deutlich gemacht, dass im Rahmen der Prüfung eines Krankenhausbehandlungsfalles eine Sachverhaltserhebung in drei Stufen zu erfolgen habe:

- Auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung seien vom Krankenhaus an die Krankenkassen die Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V zu übermitteln, unter anderem den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose und die Aufnahmediagnose.

Daneben könne landesvertraglich die Übersendung eines Kurzberichts (s. dazu die nähere Erläuterung unter Nr. 11) an die Krankenkasse vereinbart sein, in dem das Krankenhaus die Notwendigkeit und / oder Dauer der Behandlung zu erläutern habe.

- Auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung sei von der Krankenkasse eine Prüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V einzuleiten und eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten Informationen zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Dabei haben die Krankenkassen dem MDK nach § 276 Abs. 1 SGB V die ihnen vom Krankenhaus und vom Versicherten zur Verfügung gestellten Unterlagen vorzulegen.
- Auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung habe das Krankenhaus bei einer ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung dem MDK auch über die Anzeige des § 301 SGB V und den landesvertraglich geregelten Kurzbericht hinausge-

hend alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung des Auftrages der Krankenkassen benötigt werden, § 276 Abs. 2 S. 1 HS 2 SGB V. Auf dieser Grundlage sei der MDK ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern und das Krankenhaus zu deren Vorlage verpflichtet, soweit auch mit medizinischer Stellungnahme nur durch die Angaben gemäß § 301 SGB V und gegebenenfalls dem landesvertraglich geregelten Kurzbericht eine zuverlässige Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder anderer Fragen der Abrechnung nicht möglich sei.

Weiter führt das BSG aus, dass die Anforderung von medizinischen Unterlagen vom MDK stets ausreichend begründet werden müsse. Obwohl es sich bei einem solchen Anforderungsverlangen nicht um einen Verwaltungsakt (VA) handelt, könne dieses Erfordernis aus dem Rechtsgedanken des § 35 SGB X abgeleitet werden, der im Hinblick auf die Pflichtenstellung des Inhabers von Krankenbehandlungsunterlagen auch in diesem Zusammenhang Geltung beanspruche. Förmliche Entscheidungen durch VA seien danach so zu begründen, dass für den Adressaten die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe der Entscheidung erkennbar seien. Eine solche Begründung könne auch derjenige beanspruchen, der dem MDK Behandlungsunterlagen zur Verfügung stellen solle. Zwar begründe die Aufforderung keine unmittelbaren Rechtswirkungen und ergehe auch nicht als VA. Dessen ungeachtet sei der Inhaber der Krankenunterlagen im Verhältnis zu seinem Patienten aus dem zu Grunde liegenden Behandlungsvertrag und zur Meidung strafrechtlicher Sanktionen nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB gehalten, die Berechtigung der Anforderung selbst zu prüfen. Dazu seien nach dem Rechtsgedanken des § 35 SGB X diejenigen Gründe anzugeben, aus denen der Adressat die für die Anforderungen leitenden Gründe entnehmen könne; das habe auch der MDK zu beachten. Ob die Anforderung eine ausreichende Begründung enthält, sei aus der Sicht des Empfängers (hier: des Krankenhausarztes) zu beurteilen. In diesem Sinne reicht es beispielsweise nicht aus, wenn die Anforderung lediglich pauschal mit „bestehenden Auffälligkeiten“ begründet wird. Diese Grundsätze gelten insbesondere in den Fällen, in denen über den Entlassungsbericht hinausgehende Unterlagen vom MDK angefordert werden.

Etwaige Rechtsfolgen bei einem Verstoß gegen die Begründungspflicht hat das Gericht jedoch offen gelassen. Allerdings wurde von Seiten des Gerichts in der vorbenannten Entscheidung nochmals darauf hingewiesen, dass eine Anforderung von medizinischen Unterlagen nur dann zulässig ist, wenn andere Unterlagen (z.B. die Entlassungsanzeige) zur Beurteilung des Behandlungsfalles nicht ausreichend sind und damit den Erforderlichkeitsgrundsatz des § 276 SGB V gestärkt. Sollten Unterlagen ohne ausreichende Begründung angefordert werden, ist das Krankenhaus berechtigt, das Prüfverfahren formal gegenüber der Krankenkasse und dem MDK als formell fehlerhaft zu rügen.

10. Wer ist zur Anforderung von Unterlagen berechtigt?

Nach § 276 Abs. 2 S. 1, 2. Halbsatz SGB V ist im Rahmen einer von der Krankenkasse veranlassten Einzelfallprüfung im Sinne des § 275 Abs. 1 SGB V der Leistungserbringer verpflichtet, Daten **auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen** zu übermitteln.

Gesetzlich ist jedoch nur geregelt, an wen die Sozialdaten zu übermitteln sind, nicht aber, wer den Anspruch auf Herausgabe von Sozialdaten gerichtlich geltend machen kann. Das BSG hat diesbezüglich am 28.02.2007 (Az.: B 3 KR 12/06 R) entschieden, dass der MDK zwar ermächtigt sei, Herausgabe der Sozialdaten an sich zu verlangen, es ihm aber nicht zugemutet werden könne, diesen Anspruch selbst und auf eigene Kosten gerichtlich geltend zu machen. Diese Möglichkeit falle den Krankenkassen zu, da sie entscheiden könnten, ob und mit welchen Mitteln vorgegangen werden solle, wenn ein Beteiligter die Erteilung erbetener Auskünfte, die erbetene Einsichtnahme in medizinische Unterlagen oder deren Übermittlung bzw. sonstige Formen der Zusammenarbeit verweigere. In diesen Fällen sei die Krankenkasse berechtigt, den Anspruch auf Übermittlung der Sozialdaten in eigenem Namen gerichtlich geltend zu machen. Ziel dieses Herausgabeanspruches könne jedoch immer nur die Herausgabe der Unterlagen **an den MDK** sein.

Krankenkassen verlangen von den Krankenhäusern oftmals, **ihnen** die erforderlichen Sozialdaten in einem verschlossenen Umschlag zu übermitteln, um sie dann an den MDK weiterzuleiten. Das BSG hat in dem o. g. Urteil vom 28.02.2007 jedoch klargestellt, dass es dem Krankenhaus im Rahmen der Übermittlung der Sozialdaten im Sinne des § 276 Abs. 2 S. 1 SGB V **frei stehe**, ob es die Unterlagen direkt an den MDK aushändigt oder übersendet, oder sie in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse zur Weiterleitung an den MDK schickt. Das Krankenhaus kann daher wählen, in welcher Form es die erforderlichen Sozialdaten übermittelt. Die DKG empfiehlt, die Unterlagen direkt an den MDK zu übersenden.

Krankenkassen haben hingegen **keine** Befugnis, Unterlagen zur **eigenen** Einsichtnahme anzufordern oder die Krankenakten einzusehen (BSG-Urteil vom 23.07.2002 (Az.: B 3 KR 64/01 R)). Das BSG hat in diesem Urteil entschieden, dass eine Krankenkasse nicht die für die sachlich-rechnerische Überprüfung einer Krankenhausabrechnung gegebenenfalls erforderliche Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Versicherten verlangen könne, auch wenn sie zur Vorleistung nach einem auf Landesebene abgeschlossenen Krankenhausbehandlungsvertrag verpflichtet sei. Die Krankenkasse sei vielmehr auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen. Zwar bestünde eine Verpflichtung der Krankenhäuser nach § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 3 SGB X, im Einzelfall der Krankenkasse auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies für die Durchführung ihrer Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und gesetzlich zugelassen sei. Die Übermittlung von Behandlungsunterlagen werde davon jedoch nicht umfasst, vielmehr fehle gerade eine Vorschrift, die eine Übermittlung der Behandlungsunterlagen an die Krankenkasse ausdrücklich vorschreibe. Der aus datenschutzrechtlichen Gründen als abschließend zu verstehende § 301 SGB V sehe ebenfalls nicht vor, dass Behandlungsunterlagen an die Krankenkasse übermittelt werden. Zwar können nach § 67a Abs. 2 Satz 2 Nr. 2b SGB X bei Krankenhäusern Sozialdaten auch dann ohne Mitwirkung des Betroffenen erhoben werden, wenn die Aufgaben der Krankenkasse nach dem SGB ihrer Art nach eine Erhebung bei anderen Personen oder Stellen erforderlich machen oder die Erhebung beim Betroffenen einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde. Ein Anspruch der Krankenkasse, die für erforderlich gehaltenen Behandlungsunterlagen vom Krankenhaus zu erhalten, lasse sich aus dieser Vorschrift jedoch nicht ableiten. Schließlich sei die Einsichtnahme der Krankenkasse selbst in die Behandlungsunterlagen des Versicherten auch nicht zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem SGB zwingend erforderlich. Weder für die Abrechnung mit den Leistungserbringern (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V) noch für die Beteiligung des

MDK (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V) müsse die Krankenkasse selbst Einsicht in die Behandlungsunterlagen nehmen können. Vielmehr reiche es aus, dass sie bei Zweifeln an der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Rechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V einhole, der ermächtigt sei, die für eine Abrechnungsprüfung erforderlichen Daten beim Krankenhaus anzufordern.

Aus Sicht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz ändere an diesen Grundsätzen auch eine entsprechende Einwilligungserklärung des Patienten nichts. Nach § 276 SGB V solle ausschließlich der MDK Einsicht in die Patientendaten erhalten. Eine solche Einwilligung würde zur Umgehung des gesetzgeberischen Willens führen und gehe daher ins Leere.

11. Welchen Umfang darf die Datenübermittlung haben?

Streitig ist seit langem, welche Unterlagen vom Krankenhaus an den MDK zu übersenden sind. Zwar kann die Krankenkasse – so das BSG in seiner vorbenannten Entscheidung vom 28.02.2007 – den Begutachtungsauftrag jederzeit abändern, ergänzen oder aufheben. Dabei hat die Krankenkasse – wie bereits unter Punkt 7 ausgeführt – allerdings die durch § 275 Abs. 1c SGB V eingeführte 6-Wochen-Frist zu beachten. Der Umfang der für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts erforderlichen Beweiserhebung nach Erteilung des Prüfauftrages wird jedoch ausschließlich durch den MDK bestimmt (Heberlein/Pick in: Maaßen/Schermer/Wiegand/ Zipperer, SGB V, GKV-Kommentar, § 276, Rn. 13). Diese Erhebungsbefugnis ist aber begrenzt durch die gesetzliche Aufgabenstellung und dem aus § 276 Abs. 2 SGB V abzuleitenden Grundsatz der Erforderlichkeit. Erhoben werden dürfen Daten durch den MDK demnach nur dann, wenn dies zur sachgerechten Erledigung des Gutachtenauftrags **erforderlich** ist. Die Erforderlichkeit in diesem Sinne wird durch den Prüfauftrag der Krankenkasse bestimmt, der Voraussetzung für eine Datenübermittlung ist und den Rahmen der Prüfung vorgibt. Es sind daher nur diejenigen Unterlagen zu übermitteln, die Auskunft zu dem konkret formulierten Prüfauftrag geben können.

Daher haben Krankenkassen und MDK grundsätzlich keine Berechtigung, sämtliche – auch für die Erfüllung des Gutachtenauftrags nicht erforderlichen – Unterlagen pauschal anzufordern. Vielmehr ist eine genaue Bezeichnung der zur Prüfung benötigten Unterlagen unverzichtbar. Ob die gesamte oder nur ein Teil der Patientenakte – jeweils in Kopie – übermittelt werden muss, hängt von dem konkreten Prüfauftrag ab. So kann durchaus die Übermittlung der gesamten Akte erforderlich sein, dies bedarf aber einer entsprechenden Begründung durch den MDK. In der Praxis sollte im Falle einer pauschalen Anforderung von Unterlagen zunächst das Krankenhaus prüfen, welche Unterlagen nach seiner Einschätzung zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlich sind und diese an den MDK übermitteln. Dabei kann der MDK aufgefordert werden, zu präzisieren, welche Unterlagen er gegebenenfalls noch benötigt. Jedes andere Vorgehen birgt die Gefahr eines Verstoßes gegen datenschutz- und strafrechtliche Vorschriften in sich. Um eine einheitliche Behandlung der Datenweitergabe sicherzustellen, erscheint es erforderlich, die Befugnis auf Einsichtnahme nach § 276 Abs. 4 SGB V teleologisch auf die zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Daten zu begrenzen.

In Landesverträgen nach § 112 SGB V kann zudem vereinbart worden sein, dass das Krankenhaus auf Anforderung der Krankenkasse dieser vor Einschaltung des MDK einen **Kurzbericht** zu übersenden hat (vgl. BSG-Urteil vom 22.04.2009 (Az.: B 3 KR 24/07R)). Im Rahmen dieser Stellungnahme soll das Krankenhaus die Notwendigkeit und / oder Dauer der Behandlung näher erläutern. Diese landesvertraglich vereinbarte ergänzende Berichtspflicht umfasse jedoch – so das BSG ausdrücklich – **nicht die Übersendung von ärztlichen Unterlagen an die Krankenkasse** und sei auf **begründete Einzelfälle** zu beschränken. Die Krankenkasse dürfe dieses Instrumentarium keinesfalls als eine Art „Regelanfrage“ ausgestalten, der Kurzbericht diene lediglich dazu, die Entscheidungsgrundlage der Krankenkasse vor Einschaltung des MDK zu erweitern und konkrete Zweifel auszuräumen.

Da das BSG in diesem Urteil explizit die Übersendung ärztlicher Unterlagen an die Krankenkassen im Rahmen eines Kurzberichts ausschließt, ist es nur konsequent, den inhaltlichen Umfang des Kurzberichts auf Mitteilung der Daten zu begrenzen, die der Krankenkasse im Rahmen des § 301 SGB V mitzuteilen sind. § 301 SGB V stellt eine abschließende und nicht disponible Regelung zur Übermittlung von Sozialdaten vom Krankenhaus an die Krankenkasse dar und kann nicht durch Landesverträge nach § 112 SGB V dahingehend umgangen werden, dass der Umfang der zu übermittelnden Sozialdaten ausgeweitet wird. § 112 Abs. 1 SGB V sieht ausdrücklich vor, dass Landesverträge sicherstellen sollen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen, bestehende Restriktionen oder verbindliche Vorgaben des SGB V somit nicht umgangen oder unterlaufen werden. Ein Ausdehnen der Datenübermittlung an die Krankenkasse über den verbindlichen Rahmen des § 301 SGB V durch Regelungen in einem Landesvertrag scheidet somit aus.

12. Zeitnahe Durchführung der Prüfung

Der durch das GKV-WSG zum 01.04.2007 eingeführte § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V sieht vor, dass eine MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zeitnah durchzuführen ist. Dadurch hat die vom BSG vertretene Auffassung Eingang in das SGB V gefunden. Leider kann weder dem Gesetzestext noch der Gesetzesbegründung entnommen werden, was unter dem Begriff der Zeitnähe zu verstehen ist. Auch eine exakte Definition dieses Zeitraumes durch die Rechtsprechung ist bisher noch nicht erfolgt. Allerdings können bestimmte Indizien zur Auslegung des Begriffes der Zeitnähe herangezogen werden.

So können in Landesverträgen oder anderen Vereinbarungen – z. B. in § 2 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG – geregelte Fristen analog zur Definition der Zeitnähe herangezogen werden. Der baden-württembergische Landesvertrag sieht beispielsweise vor, dass innerhalb von 6 Monaten eine MDK-Prüfung durchgeführt sein muss. Nach § 2 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung zu § 17c KHG für die Durchführung der Stichprobenprüfung sind innerhalb von bis zu 8 Wochen ab Unterrichtung über den Prüfauftrag die Stichprobe zu ziehen und die Akten bereitzustellen, ist anschließend innerhalb von bis zu weiteren 8 Wochen die Prüfung durchzuführen und anschließend innerhalb von weiteren 8 Wochen der Prüfbericht zu erstellen.

Letztlich bietet die neue Rechtsprechung des BSG Ansatzpunkte für eine Argumentation bezüglich der Definition des Prüfzeitraumes. Das BSG hat in seinem Urteil vom 17.12.2009 (Az.: B 3 KR 12/08 R) entschieden, dass Korrekturen vorbehaltloser Schlussrechnungen des Krankenhauses nur innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse möglich sein sollen. Wenn das Krankenhaus 6 Wochen nach Rechnungseingang bei der Krankenkasse nicht mehr mit einem MDK-Prüfverfahren rechnen muss, soll auch die Krankenkasse nach 6 Wochen auf den Bestand der Rechnung vertrauen können dürfen und nicht mehr mit einer Rechnungskürzung konfrontiert werden. Die analoge Anwendung der Frist des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V auf Rechnungskorrekturen begründet das BSG mit dem Grundsatz von Treu und Glauben und dem Erfordernis der „Waffengleichheit“ in der auf eine langfristige Partnerschaft angelegten Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse sowie mit dem allgemein geltenden Grundsatz der Verfahrensbeschleunigung. Zieht man diese, das BSG in seiner Rechtsprechung leitenden, Grundsätze heran, ließe sich hinsichtlich der Dauer einer Prüfung gegebenenfalls auch argumentieren, dass diese Frist auch für die Durchführung der angezeigten MDK-Prüfung gelten müsse und somit der Vorgabe des § 275 Abs. 1c S. 1 SGB V, wonach die MDK-Prüfung zeitnah durchzuführen sei, Rechnung trage. Auch die Krankenhäuser müssen aus den Gesichtspunkten des Vertrauensschutzes und der Planungssicherheit davon ausgehen können, dass eine eingeleitete MDK-Prüfung in einem überschaubaren Zeitraum abgeschlossen wird. Das BSG hat in der oben bezeichneten Entscheidung ausdrücklich festgestellt, dass die von ihm aufgezeigten Grundsätze wechselseitig sowohl für das Krankenhaus als auch für die Krankenkasse gelten.

Eine weitere Aussage der Rechtsprechung zur zeitnahen Durchführung einer MDK-Prüfung kann dem – nicht rechtskräftigen – Gerichtsbescheid des SG Saarland vom 07.10.2009 (Az.: S 23 KR 355/09) entnommen werden. Darin hat das SG festgestellt, dass zumindest ein Zeitraum von einem Jahr zwischen Einleitung und Beendigung der Prüfung nicht mehr zeitnah im Sinne des § 275 Abs.1c Satz 1 SG V anzusehen sei. Ob eine Prüfung innerhalb von 8 Wochen – wie in § 2 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung zu § 17c KHG geregelt – generell abgeschlossen sein müsse, habe nach Auffassung des SG nicht entschieden werden müssen, diese Frist stelle jedoch einen Hinweis darauf dar, dass es den Krankenkassen nicht gestattet sei, eine einmal eingeleitete Prüfung über den Zeitraum von mehreren Monaten oder mehr als einem Jahr hinauszuzögern.

Diese Rechtsprechung des SG Saarland ist insbesondere in den Fällen heranzuziehen, in denen zwar eine Einzelfallprüfung angezeigt wird und der MDK die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen vom Krankenhaus auch übermittelt bekommt, danach jedoch keinerlei Aktivitäten mehr zu verzeichnen sind und das Krankenhaus auch kein Ergebnis der Prüfung mitgeteilt bekommt oder Prüfungen vom MDK auch lediglich nur angezeigt werden. In diesen Fällen sollte das Krankenhaus nach einer angemessenen Wartezeit, die nach den Aussagen des SG Saarland bei maximal einem Jahr liegt, der Krankenkasse mitteilen, dass davon auszugehen sei, dass die Prüfung – da bisher kein die Abrechnung minderndes Ergebnis vorliege – erfolglos gewesen sei und man daher die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V geltend mache.

13. Besteht ein Anspruch auf Aufwandserstattung?

Im Zusammenhang mit der Übersendung von Patientenunterlagen stellt sich die Frage, ob das Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen eine entsprechende Erstattung seiner Aufwendungen (z.B. für Kopien, etc.) geltend machen kann. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung hinsichtlich der Aufwandserstattung bestand lange Zeit nicht. Im Rahmen des GKV-WSG ist § 275 SGB V jedoch um Absatz 1c erweitert worden, der die Pflicht der Krankenkassen zur Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von zunächst 100,- € regelt. Dieser Betrag wurde durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) auf 300,- € erhöht.

Die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale besteht nach dem Wortlaut der Regelung in allen Fällen, in denen die Prüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V **nicht** zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat.

14. Welchen Voraussetzungen unterliegt der Anspruch auf die Aufwandspauschale?

a. Tatbestandliche Voraussetzungen

Tatbestandlich setzt die Abrechnung der Aufwandspauschale eine **Einzelfallprüfung** nach § 275 Abs. 1 SGB V voraus, bei der es **nicht** zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages gekommen ist. Dies umfasst die Fälle, in denen sich der Abrechnungsbetrag erhöht hat oder unverändert geblieben ist. Dies gilt grundsätzlich auch in Fällen einer etwaigen Stornierung der Rechnung, die dennoch nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt.

Die GKV-Spitzenverbände sehen in ihrem Positionspapier vom 02.08.2007 zur Geltendmachung der Aufwandspauschale insbesondere zwei weitere Voraussetzungen als erforderlich an: das Vorliegen einer Schlussabrechnung sowie die Berechnung maximal einer Aufwandspauschale pro Behandlungsfall. Dazu ist Folgendes anzumerken:

Nicht nachvollziehbar ist, dass die Aufwandspauschale nur dann abrechenbar sein soll, wenn eine Schlussabrechnung im Zeitpunkt der MDK-Prüfung vorliegt. Dies würde bedeuten, dass erfolglose Fallprüfungen vor Erteilung einer Schlussrechnung oder erfolglose Prüfungen von Zwischenrechnungen keine Zahlungspflicht der Krankenkassen auslösen (eine Zahlungspflicht ebenfalls verneinend LSG Hessen, Urteil vom 12.11.2009 (Az.: L 1 KR 90/09) für den Fall einer reinen Verweildauerprüfung). Wortlaut und Begründung des § 275 Abs. 1c SGB V entbehren diesbezüglich jeglichen Anhaltspunktes. Warum eine Schlussabrechnung vorliegen muss, begründen die Krankenkassen nicht. Vielmehr lässt sich aus dem Wortlaut des § 275 Abs. 1c SGB V entnehmen, dass die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale für jeden Fall einer erfolglosen Prüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V besteht, wenn eine Abrechnung vorliegt (anders jedoch SG Hannover, Urteil vom 04.02.2010 (Az.: S 10 KR 815/08), die als ordnungsgemäße Abrechnung im Sinne des § 275 Abs. 1c SGB V lediglich die Schlussrechnung ansehen). Die Aufwandspauschale kann jedoch erst dann geltend gemacht werden, wenn die Rechnungstellung ordnungsgemäß erfolgt ist und die Prüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V nicht zu einer

Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat. Eine höchstrichterliche Rechtsprechung zu dieser Thematik liegt bisher jedoch noch nicht vor.

Die weitere aus Sicht der GKV-Spitzenverbände einzuhaltende Voraussetzung für die Zahlung der Aufwandspauschale ist, dass das Krankenhaus maximal eine Aufwandspauschale pro Behandlungsfall in Rechnung stellt. Von Bedeutung solle dies insbesondere bei Fallzusammenführungen sein. Zur Begründung führen die Kassen aus, dass der Behandlungsfall insgesamt betrachtet werden müsse, also mehrere MDK-Prüfungen innerhalb eines Behandlungsfalles nur eine Aufwandspauschale auslösen können.

Bis zur Klärung dieser Fragen, entweder durch die Sozialgerichtsbarkeit oder durch eine Klarstellung des BMG, sollten die Krankenhäuser nicht von sich aus auf die – gegebenenfalls mehrfache – Geltendmachung der Aufwandspauschale verzichten.

b. Urteil des BSG vom 22.06.2010 (Az.: B 1 KR 1/10 R)

In Fällen, in denen eine falsche oder unvollständige Kodierung oder eine falsche oder unvollständige Datenübermittlung nach § 301 SGB V erfolgt ist, wurde die Zahlung der Aufwandspauschale kassenseitig oftmals mit der Begründung verweigert, das Krankenhaus habe eine Pflichtverletzung begangen und die Einschaltung des MDK zu verantworten. Es sei daher nicht berechtigt, die Aufwandspauschale zu fordern.

Für eine spezielle Fallkonstellation (**unstreitig fehlerhafte Kodierung einer Hauptdiagnose**) ist diese Frage nunmehr durch das BSG entschieden worden. Dieses kam mit Urteil vom 22.06.2010 (Az.: B 1 KR 1/10 R) zu dem Ergebnis, dass ein Krankenhaus die Aufwandspauschale auch dann, wenn es durch die MDK-Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages gekommen sei, nicht verlangen könne, wenn die Krankenkasse durch eine fehlerhafte Abrechnung zur Einleitung des Prüfverfahrens veranlasst wurde. In dem dieser Entscheidung zu Grunde liegenden Sachverhalt war eine bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patientin im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt worden. Im Rahmen der Abrechnung der Krankenhausbehandlung gegenüber der Beklagten wurde jedoch die bei der Versicherten bestehende Hauptdiagnose durch das Krankenhaus – unstreitig – fehlerhaft kodiert. Eine von der Beklagten veranlasste Prüfung der Abrechnung durch den MDK führte zwar zu einer Korrektur der Rechnung, jedoch zu keiner Änderung des Gesamtbetrages. Daher verlangte die Klägerin von der Beklagten nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V die Zahlung der Aufwandspauschale in Höhe von – seinerzeit – 100,- €, was von der Beklagten abgelehnt wurde.

Trotz Erfüllung der für die Aufwandspauschale maßgeblichen normierten Tatbestandsvoraussetzungen des § 275 Abs. 1c SGB V kam das BSG im Rahmen einer weiten Auslegung des Tatbestandes zu dem Ergebnis, dass dennoch kein Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale vorliege, da die Prüfung durch eine nachweislich fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses veranlasst worden sei. In derartigen Fällen löse § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V mit Blick auf die zentrale Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgebots und die den Krankenkassen zur Wahrung dieses Gebots gesetzlich übertragenden Aufgaben keine Aufwandspauschale aus, selbst wenn sich der Gesamtabrechnungsbetrag für die Krankenhausbehandlung anschließend im Ergebnis nicht verringere. Eine isoliert aus dem Wortlaut abgeleitete Auslegung, wo-

nach schon die „nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages“ führende MDK-Prüfung einzige Voraussetzung für den Anspruch des Krankenhauses nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V sei, greife zu kurz.

Zwar steht diese Entscheidung in krassem Widerspruch zu den bisher zu dieser Thematik ergangenen erst- und zweitinstanzlichen Urteilen SG Koblenz vom 24.09.2008 (Az.: S 6 KR 347/07), LSG Rheinland-Pfalz vom 06.08.2009 (Az.: L 5 KR 139/08), SG Nürnberg vom 11.02.2009 (Az.: S 7 KR 432/08) und (Az.: S 7 KR 433/08), der offiziellen Stellungnahme des BMG vom 12.12.2007 sowie der Gesetzesbegründung, wonach es sich bei der Neuregelung des § 275 Abs. 1c SGB V um eine vereinfachende (Pauschal-)Regelung handelt, die keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewähren kann. Aufgrund der Bindungswirkung des BSG-Urteils für die untere Gerichtsbarkeit werden sich die Krankenhäuser dennoch mit dieser Entscheidung arrangieren müssen. Allerdings sollten sich die Krankenhäuser in den Fällen, in denen sie sich mit den Krankenkassen über die richtige Kodierung eines Behandlungsfalles streiten, nicht vorschnell der Auffassung der Krankenkasse unterwerfen. Diese ist durch o. g. BSG-Urteil nur für den Fall bestätigt worden, dass Gegenstand des Prüfauftrages die Prüfung der korrekten Kodierung der **Hauptdiagnosen** gewesen und im Ergebnis **unstreitig** eine Fehlkodierung von **Hauptdiagnosen** erfolgt ist. Dies bedeutet, dass die Feststellungen des BSG nicht automatisch auf die Fälle zu übertragen sind, in denen die Frage der Fehlerhaftigkeit der Kodierung in Streit steht oder Nebendiagnosen fehlerhaft oder nicht kodiert worden sind, da ausweislich der Deutschen Kodierrichtlinien 2011 D 003i Nebendiagnosen kodiert werden **können**, im Gegensatz zu Prozeduren, die ausweislich der Deutschen Kodierrichtlinien 2011 P 001f zu kodieren **sind**.

Ungeklärt ist auch, wem in Fällen der **streitigen** Fehlkodierung die Beweislast zukommt. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen nachzuweisen haben, dass die fehlerhafte Kodierung einer Hauptdiagnose für die Entscheidung, eine MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V einzuleiten, ursächlich gewesen ist. Dies schon vor dem Hintergrund, dass es sich hierbei um einen in der Sphäre der Krankenkassen liegenden Umstand handelt, von dem das Krankenhaus keine Kenntnis haben kann. Daher hat die Krankenkasse in streitigen Fällen nachzuweisen, dass es bei der vermeintlich aus ihrer Sicht richtigen Kodierung nicht zu einer MDK-Prüfung gekommen wäre.

c. Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 19.08.2010 (Az.: L 5 KR 184/09)

Das LSG hat in diesem Urteil entschieden, dass ein Krankenhaus keinen Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V habe, wenn Gegenstand der Fallprüfung eine Entbindung – sogar eine Entbindung per Kaiserschnitt – sei.

Voraussetzung der Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V sei die erfolglose Überprüfung einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V. Die Entbindung sei nach § 197 Satz 2 RVO gerade keine Krankenhausbehandlung in diesem Sinne. Der erweiternden Auslegung des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V, wonach es sich bei der Entbindung – gerade auch in Kombination mit einem Kaiserschnitt – um eine Krankenhausbehandlung im weiteren Sinne handele, könne nicht gefolgt werden, da der klare Wortlaut des § 275 Abs. 1c S. 1 SGB V die Grenze einer Auslegung darstelle. Zwar könne der

Gesetzesbegründung zum § 275 Abs. 1c SGB V nicht entnommen werden, dass die Entrichtung der Aufwandspauschale bei der Überprüfung einer Leistung nach § 197 RVO ausgeschlossen werden sollte, der Gesetzgeber habe jedoch in Kenntnis des Umstandes, dass eine stationäre Aufnahme zur Entbindung keine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V darstelle, in § 275 Abs. 1c SGB V lediglich den Fall der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V geregelt. Zu einer Ausdehnung der Regelung im Wege der Gesetzesimmanente Rechtsfortbildung sehe sich der erkennende Senat des LSG nicht berufen.

Obwohl das LSG seiner Auslegungssystematik – Orientierung am Wortlaut der Vorschrift – treu geblieben ist, kann dieses Urteil vom Ergebnis nicht überzeugen. Zwar sagt § 197 Satz 2 RVO aus, dass eine zur Entbindung aufgenommene Patientin für die Zeit ihrer Entbindung keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung hat, warum aber die durch einen Kaiserschnitt vorgenommene Entbindung, die eine über die normale Entbindung weit hinausgehende medizinische und pflegerische Versorgung erfordert, der Krankenhausbehandlung nicht gleichgesetzt wird, ist mit rationalen Argumenten nicht nachzuvollziehen.

15. Wer ist über das Ergebnis der Begutachtung vom MDK zu unterrichten?

§ 277 Abs. 1 S. 1 SGB V regelt die Verpflichtung des MDK, den Leistungserbringern das Ergebnis der Begutachtung mitzuteilen. Nach Satz 2 der Regelung ist der MDK außerdem befugt, den Leistungserbringern die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Eine Mitteilungspflicht besteht hinsichtlich des Ergebnisses der Begutachtung. Darunter ist die Empfehlung des MDK an die Krankenkasse, also die sozialmedizinische Schlussfolgerung aus dem Befund, zu verstehen (Heberlein/Pick, a.a.O., § 277, Rn. 9). Zur Übermittlung des Befundes ist der MDK berechtigt, sofern der Versicherte einer Übermittlung des Befundes nach § 277 Abs. 1 S. 3 SGB V nicht widerspricht.

Etwas anderes kann sich jedoch aus Vereinbarungen auf **Landesebene** ergeben. Landesverträge, insbesondere solche nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V können spezielle Regelungen enthalten, die den MDK verpflichten, den Leistungserbringern das komplette Gutachten mitzuteilen.

16. Welche Möglichkeiten stehen dem Krankenhaus zur Verfügung, um die Feststellungen des MDK anzugreifen?

Bundesgesetzlich nicht geregelt, aber in der Praxis von weit reichender Bedeutung, ist die Frage, welche Möglichkeiten dem Krankenhaus zur Verfügung stehen, um gegen die Feststellungen des MDK vorzugehen. Teilweise ist es üblich, dass die betroffenen Krankenhäuser gegen das Prüfergebnis „Widerspruch“ einlegen. Darunter ist jedoch kein gesetzlich vorgesehener Widerspruch mit Suspensiveffekt im Sinne eines Rechtsbehelfs zu verstehen. Der Widerspruch soll lediglich deutlich machen, dass sich das Krankenhaus nicht mit dem Ergebnis einverstanden erklärt.

Führt das MDK-Gutachten zu einer Kürzung des Rechnungsbetrages, wird die Krankenkasse entweder lediglich den gekürzten Rechnungsbetrag überweisen oder den Kürzungsbetrag mit späteren Krankenhausrechnungen aufrechnen bzw. zurückfor-

dern. Die zweite Alternative wird in der Praxis häufiger sein. Einzige Reaktion des Krankenhauses kann in beiden Fällen ausschließlich die Erhebung einer Leistungsklage vor dem zuständigen Sozialgericht gegen die kürzende Krankenkasse sein, gerichtet auf Zahlung des vollständigen Rechnungsbetrages, zuzüglich Zinsen sowie der Aufwandspauschale in Höhe von 300,- € nach § 275 Abs. 1c SGB V.

17. Wie ist mit sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) umzugehen?

Verstärkt ist zu beobachten, dass unter Einschaltung des MDK so genannte Sozialmedizinische Fallberatungen (SFB) oder Vorberatungen durchgeführt werden. Im Rahmen dieser SFB werden ungerechtfertigter Weise vom Krankenhaus Sozialdaten angefordert bzw. führt die SFB oftmals auch zu einer Rechnungskürzung.

Die grundsätzliche Zulässigkeit einer SFB kann nicht bestritten werden. Hauptaufgabe der SFB ist, eine Vorauswahl der Fälle zu treffen, die vom MDK im Rahmen einer Prüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V zu begutachten sind. Der SFB kommt somit lediglich vorbereitender Charakter zu. Sie stellt jedoch keine Begutachtung im Sinne des § 275 Abs. 1 SGB V dar.

Daraus ergibt sich zum einen, dass eine über den Umfang der nach § 301 SGB V an die Krankenkassen bereits übermittelten Daten hinausgehende Datenanforderung bereits datenschutzrechtlich unzulässig und gegebenenfalls auch strafrechtlich (vgl. § 203 StGB) relevant wäre, da sich die Verpflichtung/Befugnis zur Datenübermittlung nach § 276 Abs. 2 S. 1 2. Halbsatz SGB V ausdrücklich auf „Begutachtungen“ im Sinne des § 275 Abs. 1 SGB V bezieht. Eine SFB stellt jedoch ein reines Internum zwischen Krankenkasse und MDK dar. Deswegen entspricht auch eine abschließende SFB auch keinem hinreichend substantiierten Gutachten nach § 275 Abs. 1 SGB V und rechtfertigt somit auch keine Rechnungskürzung durch die Krankenkasse. Allerdings kann das Krankenhaus in diesen Fällen auch keine Aufwandspauschale in Höhe von 300,- € nach § 275 Abs. 1c SGB V verlangen.

Abschließend ist jedoch zu berücksichtigen, dass bei einer Datenanforderung durch den MDK immer von einer Prüfung von Auffälligkeiten nach § 275 Abs. 1 SGB V auszugehen ist, die dann jedoch auch den voranstehenden Anforderungen an eine Einzelfallprüfung genügen muss. Bei diesen Fällen handelt es sich gerade nicht um eine SFB.

18. Können Behandlungskonzepte durch den MDK geprüft werden?

Vermeehrt möchte der MDK Krankenhäuser betreten, um einzelne Behandlungskonzepte zu überprüfen. Bundesgesetzlich ist die Begehung eines Krankenhauses zur Prüfung eines Behandlungskonzeptes nicht von § 276 Abs. 4 S. 1 SGB V gedeckt. Voraussetzung dafür wäre die Durchführung einer Prüfung über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung eines Versicherten nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die grundsätzlich auf einer Beauftragung der Krankenkasse beruht und einen konkreten Leistungsfall betrifft. Die isolierte Begutachtung von gesamten Behandlungskonzepten einzelner Krankenhäuser durch den MDK erfolgt jedoch losgelöst von einer konkreten Einzelfallprüfung nach

§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Das Krankenhaus ist daher nicht verpflichtet, einem Begehungsverlangen des MDK im Rahmen einer Konzeptbegutachtung zuzustimmen.

19. Wie sind Prüfungen von Komplexbehandlungen zu beurteilen?

Prüfungen von Komplexbehandlungen sind verdachtsabhängige Prüfungen von Auffälligkeiten konkreter Behandlungsfälle und unterfallen damit den Regelungen der §§ 275 ff. SGB V. Die Bezeichnung „Komplexbehandlung“ bezieht sich lediglich auf den OPS-Code und ist somit eine Frage der Abrechnungstechnik. Hinsichtlich der Voraussetzungen und der Durchführung einer Prüfung von Komplexbehandlungen besteht grundsätzlich kein Unterschied zur bekannten Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V. Es handelt sich somit um patientenbezogene Einzelfallprüfungen und nicht um Strukturprüfungen gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die nur unter ganz besonderen Voraussetzungen und in einem bestimmten Umfang zulässig sind.

Hinsichtlich des Umfangs des von einem Krankenhaus im Rahmen einer solchen Prüfung zu übermittelnden Daten hat das SG Saarland in seinem – nicht rechtskräftigen – Gerichtsbescheid vom 07.10.2009 (Az.: S 23 KR 355/09) ausgeführt, dass § 276 Abs. 2 SGB V die Verpflichtung des Krankenhauses auf Datenübermittlung auf die sogenannten Sozialdaten beschränke, die auch nur dann erhoben werden dürfen, soweit diese für die Prüfungen, Beratungen und gutachterlichen Stellungnahmen nach § 275 SGB V erforderlich seien. Dienstpläne, die ein prüfender MDK für die Beurteilung des Vorliegens struktureller Merkmale des Krankenhauses verlange, seien sicherlich keine Sozialdaten in dem genannten Sinne. Vielmehr handele es sich bei solchen Dienstplänen um betriebliche Mitarbeiterdaten, die gegebenenfalls auch datenschutzrechtlichen Regelungen unterliegen und nicht ohne weiteres an Dritte weitergegeben werden dürfen. Dies gelte zumindest dann, wenn es nicht um die Vorlage der Dienstpläne für einen engen Zeitraum bezüglich eines Einzelfalles, sondern um die Vorlage der Dienstpläne für einen längeren Zeitraum gehe.

20. Welche Prüfungsbefugnisse haben andere, durch die Krankenkassen beauftragte Gutachterdienste?

Verstärkt wenden sich in letzter Zeit neben dem MDK auch andere Gutachterdienste an das Krankenhaus und geben an, für eine Krankenkasse Prüfungen durchzuführen. Die Möglichkeit, dass andere Gutachterdienste für die Krankenkassen tätig werden können, wurde durch das GKV-WSG eingeführt, allerdings lediglich in den Fällen, in denen es sich um die Erfüllung **anderer** als der in § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V genannten Aufgaben handelt. Daraus ergibt sich zwingend, dass andere Gutachterdienste keine Prüfungen hinsichtlich Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung oder Abrechnungsprüfungen durchführen dürfen. Diese fallen gesetzlich in den ausschließlichen Zuständigkeitsbereich des MDK.

Sofern ein anderer Gutachterdienst das Krankenhaus zur Übermittlung von Daten auffordert, ist dieses Verlangen vom Krankenhaus abschlägig zu beantworten. Bei einer Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V besteht lediglich die Verpflichtung des Krankenhauses auf Herausgabe der zur Fallprüfung erforderlichen Sozialdaten an den MDK (vgl. § 276 Abs. 2 S. 1 2. Halbsatz SGB V). Diese Prüfungen darf

ein anderer Gutachterdienst gar nicht durchführen. Sofern das Herausgabeverlangen im Rahmen einer internen Beratung zwischen dem anderen Gutachterdienst und der Krankenkasse, beispielsweise in Form einer SFB, erfolgt, könnte der andere Gutachterdienst die SFB zwar durchführen, hätte im Rahmen derer jedoch ebenfalls keinen Anspruch auf Herausgabe von Patientendaten gegenüber dem Krankenhaus.

Bezüglich der Frage, ob Mitarbeiter anderer Gutachterdienste befugt sind, zur Prüfung die Räumlichkeiten des Krankenhauses zu betreten, ist auf § 276 Abs. 4 SGB V zu verweisen. Danach steht die Befugnis zum Betreten des Krankenhauses ausschließlich den Ärzten des medizinischen Dienstes im Rahmen einer gutachtlichen Stellungnahme zu. Den Mitarbeitern anderer Gutachterdienste ist somit der Zutritt zum Krankenhaus zu verwehren.

21. Wie ist die Beauftragung externer Ärzte bzw. externer Gutachterdienste durch den MDK zu bewerten?

Verstärkt zu beobachten ist, dass der MDK einen externen Arzt mit der Durchführung der Einzelfallprüfung beauftragt. Diese Möglichkeit sieht das SGB V in § 279 Abs. 5 ausdrücklich vor. Ein externer Arzt prüft in dieser Konstellation den Fall im Namen des MDK. Dadurch ist er aber nicht befugt, Sozialdaten direkt beim Krankenhaus zu erheben, diese Befugnis verbleibt stets beim MDK. Nach § 276 Abs. 2b SGB V darf der MDK jedoch die zur Prüfung erforderlichen Sozialdaten dem externen Arzt übermitteln. Dessen Begutachtung macht sich der MDK zu eigen, so dass die Begutachtung als eine des MDK zu bewerten ist. Ein solches Vorgehen ist grundsätzlich zulässig.

Nicht anders zu bewerten ist die Beauftragung externer Gutachterdienste durch den MDK. Auch in dieser Konstellation wird ein Dritter – der Gutachterdienst durch die bei ihm arbeitenden Ärzte – tätig, dessen Ergebnis sich der MDK zu eigen macht. Auch dieses Verfahren ist grundsätzlich zulässig, besonders zu beachten ist jedoch die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit, die § 275 Abs. 5 SGB V voraussetzt. Dieser Grundsatz gilt auch für vom MDK als Gutachter herangezogene Angehörige anderer Berufsgruppen (Heberlein/Pick in Orlowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, § 275 Rdnr. 54). Daher kann es sein, dass im Einzelfall die Unabhängigkeit des Gutachterdienstes angezweifelt werden und eine Prüfung verweigert werden kann, die grundsätzliche Unzulässigkeit einer Beauftragung externer Gutachterdienste ergibt sich daraus jedoch nicht.

22. Gilt für Prüfungen nach § 275 SGB V der Facharztstandard?

Oftmals prüfen Ärzte des MDK, unabhängig von ihrer eigenen Facharztqualifikation, Leistungen der unterschiedlichsten Fachgebiete. Um die inhaltliche Qualität der Prüfungen sicherzustellen, hat die DKG seit langem – zuletzt im Rahmen der Gesetzesberatungen zum GKV-WSG – gefordert, in den §§ 275 ff. SGB V zu regeln, dass die Prüfärzte des medizinischen Dienstes in Bezug auf den konkreten Prüfgegenstand eine dem verantwortlichen Krankenhausarzt vergleichbare fachliche Qualifikation (Facharztstandard) vorzuweisen haben. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Gemeinsame Empfehlung zwischen der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Stichprobenprüfung nach § 17c KHG in § 3 Abs. 1 das Erfordernis

einer entsprechenden fachlichen Qualifikation der Prüfer enthält. Die Krankenkassen haben sich somit auf die Geltung des Facharztstandards eingelassen, und es sind keine Gründe erkennbar, warum dieser Grundsatz nicht auch den Prüfungen nach § 275 SGB V zugrunde liegen sollte. Der Gesetzgeber bleibt gefordert, eine entsprechende Ergänzung der §§ 275 ff SGB V vorzunehmen.

Die Rechtsprechung hat diese Frage konkret ebenfalls noch nicht entschieden. Allerdings kann ggf. auf Feststellungen aus dem BSG-Urteil vom 10.04.2008 (Az.: B 3 KR 14/07 R) verwiesen werden, in dem es um die Prüfung in einem anthroposophischen Fachkrankenhaus ging. Darin hatte das Gericht ausgeführt, dass bei der gerichtlichen Beauftragung eines medizinischen Sachverständigen zudem darauf zu achten sei, dass dieser im Hinblick auf die entscheidungserheblichen Sachverhalte ausreichend qualifiziert sei, also insbesondere auf dem zu beurteilenden medizinischen Fachgebiet ausgewiesen sei und Erfahrung mit der medizinischen Ausrichtung des betroffenen Krankenhauses besitze. Wenn das BSG schon bei der gerichtlichen Bestellung eines medizinischen Sachverständigen eine entsprechende fachliche Qualifikation fordert, ist konsequenter Weise auch für die das Gutachten des MDK erstellenden Ärzte zu fordern, dass sie einer dem zu prüfenden Behandlungsfall identischen Fachrichtung angehören. Dies um so mehr, da ein MDK-Gutachten ein gerichtlich verwertbares Gutachten darstellt.

23. MDK-Prüfungen von ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V

Dass Krankenkassen den MDK beauftragen, eine Fallprüfung nach §§ 275 ff. SGB V mit der Fragestellung durchzuführen, ob die stationär erbrachte Behandlung des Patienten nicht auch ambulant hätte erbracht werden können, ist bekannt. Immer stärker in den Focus der Krankenkassen rückt nunmehr die Prüfung nach §§ 275 ff. SGB V von ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V. Die grundsätzliche Zulässigkeit einer solchen Einzelfallprüfung lässt sich nicht bestreiten, da die ambulante Operation im Krankenhaus nach § 115b SGB V eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V darstellt, die nach § 275 Abs. 1 SGB V einer Einzelfallprüfung unterzogen werden kann.

Dies hat aber zur Konsequenz, dass die Regelungen der §§ 275 ff. SGB V vollumfänglich für diese Prüfungen gelten, diese somit ausschließlich durch den MDK durchgeführt und Patientenunterlagen somit nur an den MDK übermittelt werden dürfen. Auch gelten für diese Prüfungen die Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V, also insbesondere die Ausschlussfrist von 6 Wochen sowie die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale bei Nichtminderung des Abrechnungsbetrages.

Unabhängig davon ist die Vorgehensweise einiger Krankenkassen, lediglich wegen einer fehlenden Begründung der medizinischen Notwendigkeit des Eingriffs ohne Einschaltung des MDK die Vergütung zu verweigern, als unzulässig zu bewerten. Dies gilt sowohl in den Fällen, in denen eine ambulant durchführbare Operation stationär als auch eine ambulant durchführbare Operation ambulant erbracht worden ist.