

# 1 Einleitung

Das vorliegende Buch beschreibt zum einen die formalen Regelungen (► Kap. 2) und zum anderen (► Kap. 3 bis 5) die geltende Rechtsprechung, den Umgang mit praktischen Problemen und die Einleitung und Durchführung einer Sozialgerichtsklage.

In Kapitel 2 werden zuerst die gesetzlichen Regelungen erläutert und die Grundprinzipien einer Rechnungsprüfung durch die gesetzliche Krankenkasse behandelt. Die gesetzlichen Regelungen, die der Krankenhausleistungserbringung zugrunde liegen – wie beispielsweise das Wirtschaftlichkeitsgebot und andere – werden, wo erforderlich, kurz zusammenfassend dargestellt.

Die für Rechnungsprüfungen im Krankenhaus elementar wichtige Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) wird im Folgenden ausführlich behandelt. Nicht nur die einzelnen Schritte und Regelungen des Verfahrens werden erläutert, sondern auch die praktische Umsetzung wird diskutiert. Dabei werden auch bekannte strittige Themen, wie die Annahmeverweigerung von Widersprüchen durch die gesetzlichen Krankenkassen, nicht ausgelassen. So entsteht ein Leitfaden, der den praktischen Umgang mit der PrüfV erklärt.

In Kapitel 3 werden viele Themen behandelt, die sich nicht unmittelbar aus den Gesetzestexten und den Regelwerken ergeben. Es geht hier um besondere Verhaltensweisen seitens der Kostenträger und ganz besonders um die Rechtsprechung.

Wegweisende Urteile werden ausführlich besprochen und die Konsequenzen für die tägliche Arbeit im Krankenhaus erläutert. So soll ein rechtssicherer Umgang mit besonderen Themen, wie z. B. den Aufwandspauschalen, ermöglicht werden.

Kapitel 4 ergänzt die beiden vorhergehenden Kapitel, indem es den praktischen Umgang mit den gesetzlichen Regelungen und dem Richterrecht darstellt. Hier werden für eine Reihe typischer Fallbeispiele die Argumentationsmöglichkeiten der Kostenträgerseite und die Position der Leistungserbringerseite ausführlich besprochen. Aus Platzgründen ist es nicht möglich, sämtliche denkbaren Fallkonstellationen zu diskutieren. Es werden lediglich typische Beispiele behandelt, wie z. B. die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung.

Zu guter Letzt werden in Kapitel 5 die Hintergründe und Praxis einer Sozialgerichtsklage dargelegt. Neben einer ausführlichen Erklärung über die Organisationsstruktur der Sozialgerichtsbarkeit wird eine Schritt-für-Schritt Anleitung für die Durchführung einer Klage gegeben. Typische Fallstricke und Probleme werden dabei erörtert.

## 2 Rechnungsprüfungen: SGB V und PrüfvV

### 2.1 Regelwerke für Rechnungsprüfungen im Krankenhaus

#### 2.1.1 Regelung des Verfahrens

Die Prüfung von Krankenhausrechnungen kennt verschiedene formale Regelungen. Die wichtigsten:

- § 275 i.V.m §§ 275c und 276 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)
- § 17c KHG
- Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV)
- »Richterrecht« insbesondere des Bundessozialgerichts

Die Regelungen des Sozialgesetzes bilden die Basis des Verfahrens. Weil das SGB V vieles ungeregt lässt, führte der Start des G-DRG-Systems zu einer drastischen Verschärfung der Meinungsverschiedenheiten und zu einer Verhärtung der Fronten zwischen Krankenhäusern und Kassen.

In der Folge sah sich die Sozialgerichtsbarkeit immer häufiger in der Rolle des Entscheiders. Eine Reihe von Grundsatzurteilen änderte die Prüfpraxis nachhaltig. Dabei etablierte sich vermehrt eine einseitige Dogmatik zum Schutz der Solidarkasse, also im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere seitdem der 1. Senat des BSG die alleinige Zuständigkeit für Vergütungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Gesetzlichen Krankenversicherungen innehat, fällt dieser durch eine eigenwillige Rechtsauslegung auf, die nicht immer mit dem Gesetzestext konform geht. Diese Entwicklung sorgte für Unmut bei den Instanzgerichten, die einer offensichtlich rechtswidrigen Dogmatik des BSG nicht immer folgen wollen.

Seit 2020 hat sich der Vorsitz des 1. Senats geändert. Die Rechtsprechung hat sich seitdem spürbar geändert. Die vorherige Rechtsprechung wurde zwar an einigen Punkten kontinuieriert, aber neuere gesetzliche Regelungen werden anscheinend umgesetzt. Leider ist das erwähnenswert.

Die Selbstverwaltungspartner GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben den Auftrag bekommen, »das Nähere« für die Rechnungsprüfung zu regeln (§ 17c Absatz 2 KHG). Das Ergebnis ist die Prüfverfahrenvereinbarung, die viele Einzelheiten einer Fallprüfung beschreibt. Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung dabei ausdrücklich erlaubt, von den gesetzli-

chen Regelungen des SGB V abzuweichen. Eine weitere Gesetzesinitiative, das MDK-Reformgesetz, war nötig, um ein weiter eskalierendes Prüfverhalten der Kassen zu zügeln.

So kommen die unterschiedlichen und inhaltlich teilweise inkongruenten Regelungen der obigen Liste zu Stande. Dabei ist es schwer zu sagen, welche Regeln im Falle von Zweideutigkeiten maßgeblich sind:

- Der gesetzgeberische Wille sieht offenbar das SGB V, ergänzt und teilweise verändert durch die PrüfV, als Maß der Dinge an.

Mittlerweile hat die Rechtsprechung der obersten Sozialgerichtsbarkeit gezeigt, dass die PrüfV dem Wortlaut entsprechend umzusetzen ist. Die Selbstverwaltung ist tatsächlich befugt, materielle Ausschlussfristen zu definieren.<sup>1</sup> Das wurde lange kontrovers diskutiert.

- Die handelnden Personen bei den Kassen und Krankenhäusern sehen sich durch die relativ praxisnah formulierte PrüfV gebunden. Die PrüfV in der ersten Fassung vom 18.07.2014 galt für Behandlungsfälle mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2015. Die zweite Fassung vom 03.02.2016 gilt für stationäre Aufnahmen ab dem 01.01.2017 und wurde zum 01.01.2020 und zum 01.04.2020 vorläufig ergänzt, um den Regelungen des MDK-Reformgesetzes und den gesetzlichen Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie gerecht zu werden. Seit 2022 (genau genommen für Behandlungen mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2022) gilt die neuste Fassung der PrüfV.

### 2.1.2 Gesetzliche Grundlagen: Welche Normen gelten für die Prüfung einer stationären Krankenhausrechnung?

Das SGB V regelt die »Gesetzliche Krankenversicherung« und damit auch das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Hier finden sich folgerichtig die meisten Normen für den Hintergrund einer Rechnungsprüfung.

#### § 275 SGB V Begutachtung und Beratung

Krankenkassen sind zur Prüfung verpflichtet, wenn dies nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Sie prüfen dann Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten die ordnungsgemäße Abrechnung.

Eine solche Prüfung muss durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) erfolgen.

Hier ist also eine Prüfpflicht begründet, die mit »Auffälligkeiten« verknüpft ist. Welcher Art diese Auffälligkeiten sein können, lässt das Gesetz offen. Der Gesetzgeber gibt in der Begründung unterschiedlicher Gesetze zu erkennen, dass

---

1 Unter anderen: BSG, Urteil vom 18.05.2021, Az.: B 1 KR 37/20 R.

eine ungezielte Einleitung von Prüfungen verhindert werden soll. Mit »Auffälligkeit« ist wohl ein begründeter Anfangsverdacht gemeint:

*»Um einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenzuwirken, wird mit Satz 3 eine Aufwandspauschale von 100 Euro eingeführt.«<sup>2</sup>*

*»Klarstellung, dass in Einzelfällen bei Auffälligkeiten auch die Rechnungslegung durch den Medizinischen Dienst geprüft werden kann. Das Verfahren wird ausdrücklich begrenzt auf Fälle, in denen die Krankenkassen einen Anfangsverdacht haben.«<sup>3</sup>*

Letztlich hat das Bundessozialgericht einige Urteile zu der Thematik getroffen, die u. a. die folgenden Kernaussagen enthalten:

- Eine systematische Prüfung einer bestimmten Fallkonstellation (etwa: untere Grenzverweildauer gerade eben überschritten) ist den Kassen nicht erlaubt. Es muss ein Anfangsverdacht nachvollziehbar sein.<sup>4</sup>
- Eine Entlassung an einem Montag stellt eine Auffälligkeit dar.<sup>5</sup>
- Die Wiederaufnahme am Tag nach einer Entlassung stellt eine Auffälligkeit dar.<sup>6</sup>
- Die stationäre Durchführung eines Eingriffes aus dem AOP-Katalog ist auffällig.<sup>7</sup>

Der 1. Senat hat die Diskussion schließlich im Dezember 2013 beendet<sup>8</sup>: Die Kassen haben das Wirtschaftlichkeitsgebot zu achten; diese Pflichterfüllung darf nicht durch eine Diskussion über Auffälligkeiten eingeschränkt werden. Theoretisch muss auch aus der Sicht des BSG eine Auffälligkeit/ein Anfangsverdacht gegeben sein; praktisch ist ein Krankenhaus dennoch nicht gut beraten, die Prüfung bei Fehlen einer nachvollziehbaren Auffälligkeit zu verweigern.

### **§ 275c SGB V – Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst**

Mit dem Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes am 01.01.2020 sind neue Rahmenbedingungen für die Prüfung von Krankenhausrechnungen definiert worden, die in den nachfolgenden Kapiteln näher betrachtet werden:

- Die Prüfquote wird, abhängig von der Anzahl Rechnungen, die vom MD beanstandet werden, quartalsweise begrenzt (§ 275d Abs. 2 SGB V).
- Es wird ein Aufschlag eingeführt, den das Krankenhaus zu bezahlen hat, wenn seine Rechnung als Ergebnis einer MD-Prüfung gemindert wurde (§ 275d Abs. 3 SGB V).

---

2 BT-Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006.

3 BT-Drucksache 14/7862 vom 13.12.2001.

4 BSG, Urteil vom 16.05.2013, Az.: B 3 KR 32/12 R.

5 BSG, Urteil vom 16.12.2008, Az.: B 1 KN 3/08 KR R.

6 BSG, Urteil vom 13.11.2012, Az.: B 1 KR 24/11 R.

7 BSG, Urteil vom 21.03.2014, Az.: B 3 KR 28/12 R.

8 BSG, Urteil vom 17.12.2013, Az.: B 1 KR 14/13 R.

- Der Kostenträger hat nunmehr nach Eingang der Krankenhausrechnung 4 Monate Zeit, eine Prüfung nach § 275 i. V. m. § 275c und § 276 einzuleiten (§ 275d Abs.1 S. 1 SGB V).
- Die Prüfung muss beim örtlich zuständigen MD eingeleitet werden (§ 275d Abs.1 S. 4 SGB V). Diese Regelung darf jedoch durch Richtlinien des MD Bund (§ 283 Abs.2 SGB V) geändert werden.
- Der Spitzenverband Bund veröffentlicht bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen, aus denen die Beanstandungsquote des MD für alle Akutkrankenhäuser Deutschlands hervorgehen<sup>9</sup> (§ 275c Abs.4 SGB V).
- Die Pflegeentgelte nach § 7 Abs.1 Nr. 6a KHEntgG werden bei einer Kürzung der Verweildauer infolge einer Rechnungsprüfung durch den MD nicht gemindert. Ausnahme: Wenn der Fall als primäre Fehlbelegung komplett storniert werden muss, entfallen auch die Pflegeentgelte (§ 275d Abs.6 Nr. 1 SGB V).
- Pauschale Abschlagsregelungen i. S. eines Verzichts auf einen Teil des Erlöses mit – als Gegenleistung – Verzicht auf Rechnungsprüfung sind verboten (§ 275d Abs.7 SGB V).

### § 17c KHG Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

War § 17c KHG bis dato im Wesentlichen die gesetzliche Grundlage für die PrüfvV, hat das MDK-Reformgesetz hier Einiges geändert. Die nachstehenden Punkte werden in den entsprechenden Buchkapiteln ausführlicher erörtert.

- Krankenhausrechnungen dürfen, nachdem sie einmal gelegt wurden, grundsätzlich nicht mehr korrigiert werden (§ 17c Abs.2a KHG). Da die gesetzliche Norm eine anderslautende Vereinbarung in der PrüfvV erlaubt, wurde schon in der vorläufigen PrüfvV eine anderslautende Regelung vereinbart. Seit 2022 ist diese Regel aber in Kraft.
- Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausrechnung setzt eine Erörterung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus voraus (§ 17c Abs.2b KHG). Einwendungen und Tatsachenvorträge können im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie nicht bereits im Erörterungsverfahren geltend gemacht wurden. Weitere Informationen finden Sie in ► Kap. 5 dieses Buches.

### § 8 KHEntgG Berechnung der Entgelte

Wird ein Fall infolge einer Prüfung durch den MD wegen primärer Fehlbelegung komplett storniert, dann darf der Fall vorstationär abgerechnet werden, sofern keine andere Abrechnungsmöglichkeit besteht (§ 8 Abs. 3 KHEntgG).

---

9 Diese Auswertungen finden Sie unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser\\_abrechnung/kh\\_pruefung\\_statistik/pruefquoten\\_und\\_statistik.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/kh_pruefung_statistik/pruefquoten_und_statistik.jsp).

## § 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

Leistungen der GKV müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Diese Norm wird vom Bundessozialgericht als höchstes Prinzip für die Beurteilung von Krankenhausleistungen verwendet. Die Notwendigkeit einer Leistung, wobei die Leistung nicht mehr als »ausreichend« sein darf, ist das Maß der Dinge.

Dass gerade dieser Paragraf (und nicht z. B. § 70, der neben Wirtschaftlichkeit auch Qualität und Humanität der Leistungserbringung thematisiert) zur goldenen Regel wurde, liegt in einem Beschluss des Großen Senats des BSG aus 2007<sup>10</sup> begründet: »Was das Erfordernis der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit anbelangt, will der 1. Senat allein auf den Gesundheitszustand des Patienten abstellen und danach entscheiden, ob dieser, losgelöst von sonstigen persönlichen Umständen, eine stationäre Versorgung mit den Mitteln eines Krankenhauses erfordert.«

Das Gericht hat hier der Rechtsprechung des 3. Senats widersprochen, die die Erfordernisse des Patienten in seinem organisatorischen/sozialen Umfeld in den Mittelpunkt stellte. Außerdem wurde die Amtsermittlungspflicht erweitert: »Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen.«

Das heißt, dass es nicht ausreicht, dass der behandelnde Arzt seine Entscheidungen so getroffen hat; sie müssen auch nachvollziehbar begründet sein. Auch an diesem Punkt verfolgte der 3. Senat vor 2007 eine andere Rechtsauffassung.

### Private Kassen

Alle Behandlungen, die keine gesetzlich versicherten Patienten betreffen, werden nach den Regeln des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) abgerechnet. Rechnungsprüfungen folgen auch den Normen des BGB.

## 2.2 Einleiten einer Rechnungsprüfung

Der Ablauf einer Rechnungsprüfung und ihre Fristen sind dargestellt in Abbildung 2.1.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat das Recht und manchmal auch die Pflicht, eine Krankenhausrechnung zu prüfen. Grundlage dafür ist das SGB V

---

10 BSG, Beschluss vom 25.09.2007, GS 1/06.

(► Kap. 2.1), für Selbstzahler/Privatversicherte gelten die Regeln des BGB. Für die Gesetzliche Unfallversicherung gelten abweichend die Regelungen des SGB VII.

Die Prüfanzeige muss gemäß der PrüfvV von der Kasse oder ggf. vom MD übermittelt werden und den Prüfgegenstand so konkret wie möglich benennen:

- Fehlbelegung (primär oder sekundär)
- Kodierprüfung unter Benennung der zu prüfenden ICD bzw. des zu prüfenden OPS
- Fragen zu Voraussetzungen für Leistungen (z. B. NUB, Off-Label-Use)

Das Bundessozialgericht war in der Vergangenheit großzügig, wenn es darum ging, wer eine Prüfanzeige abzugeben hat: Kasse, MD oder andere.<sup>11</sup> Die Erweiterung des elektronischen Austausches zwischen Kassen und Leistungserbringern (KAIN/INKA) dürfte aber auch von der Gerichtsbarkeit als obligat zu nutzendem Kommunikationsmittel für die Übermittlung von Prüfanzeigen angesehen werden. Die Benennung der Prüfgründe (es können auch mehrere sein) spielt eine wichtige Rolle für die Lieferung von Unterlagen an den MDK. Dazu im entsprechenden Kapitel mehr.

Wenn überhaupt kein Prüfgegenstand benannt wird, ist die Prüfanzeige ungültig (PrüfvV § 4 Satz 4).

### 2.2.1 4-Monats-Frist

Für die Einleitung einer Prüfung gilt eine gesetzliche Frist von vier Monaten nach Zugang der Rechnung. Die gesetzliche Grundlage dieser Frist ist § 275c Abs. 1 SGB V: *»Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens vier Monate nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzu-leiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. (...)«*

Hiermit löste diese großzügige Frist im Januar 2020 die alte 6-Wochen-Frist ab, die seit 2007 im Gesetz stand. Der Hintergrund dieser bemerkenswerten Fristverlängerung ist eine Sorge des Spitzenverbands. Durch die Begrenzung der Prüfquoten könnten die Krankenhäuser eine manipulative Abrechnung betreiben, erläuterte Herr Wolff (KGV-SV) bei der Expertenanhörung des Gesundheitsausschusses zum MDK-Reformgesetz. Es wurde sinngemäß befürchtet, dass die Kassen ihre Prüfquote schon früh im Quartal erschöpfen könnten. Dadurch wären Krankenhäuser in der Lage, am Ende des Quartals »straflos« die falsch abzurechnenden Fälle einzubringen, so der GKV-Spitzenverband. Ohne Aussage über eine mögliche Realitätsnähe dieses Szenarios wird die 4-Monats-Frist es den Kassen erlauben, erst nach Ablauf des Quartals zu entscheiden, welche Fälle geprüft werden sollen.

Die PrüfvV wiederholte und modifizierte die 6-Wochen-Frist. Diese Regelung ist nunmehr auch an die 4-Monats-Frist gebunden. Die »alte« PrüfvV<sup>12</sup> hat, mit

11 BSG, Urteil vom 27.11.2014, Az.: B 3 KR 7/13 R.

12 GKV Spitzenverband und DKG (03.02.2016), Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG.

einigen Anpassungen durch die vorläufige Fassung vom 10.12.2019<sup>13</sup>, nach wie vor Geltung. In § 5 ist die Einleitung des Vorverfahrens an die fristgerechte Einleitung einer Prüfung verknüpft.

Wenn die Kasse den MD ohne Vorverfahren direkt beauftragen möchte, »(...) erfolgt die Beauftragung des MD durch die Krankenkasse innerhalb der 4-Monats-Frist des § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V (Direktbeauftragung)«. (§ 6 Abs. 1 Satz 2 PrüfvV). In diesem Fall entfällt eine Prüfanzzeige durch die Kasse.

### 2.2.2 Anfang der Frist

Die 4-Monats-Frist fängt am ersten Tag nach der Übermittlung der Schlussrechnung zu laufen an. Die Übermittlung geschieht per DTA (Datenträgeraustausch). Daher ist das Übermittlungsdatum in der Regel mit dem Eingangsdatum gleichzusetzen.

Es kommt vor, dass Kassen die Annahme einer Rechnung »verweigern« wollen. Das geschieht beispielsweise, wenn eine Behandlung schon bei Rechnungseingang als ambulant zu erbringen beurteilt wird. Da eine solche Zurückweisung im DTA-Verfahren nicht vorgesehen ist, verwenden Kassen dazu in der Regel (zu Unrecht) Fehlersegmente. Die Rechnungen weisen jedoch keine formalen, sondern vermeintlich inhaltlichen Fehler auf. Entsprechend ist das Fehlerverfahren im DTA nicht zu verwenden.<sup>14</sup> Die Folge der unberechtigten Zurückweisung ist, dass der Datensatz bei der Kasse wieder gelöscht wird. Entsprechend »muss« die Rechnung später erneut übertragen werden.

Entgegen der Auffassung mancher Krankenkasse und, wie sich herausstellt, auch manches Sozialgerichtes, führt diese erneute Übertragung nicht zu einem Neustart der 4-Monats-Frist. Die Rechnung hat der Kasse vorgelegen und hätte beispielsweise in einem Vorverfahren erörtert werden können. Stattdessen wurde der Datensatz »mutwillig« vernichtet. Das darf nicht zu Lasten des Krankenhauses gehen. Ähnlich ist die Situation, wenn ein geringfügiger Betrag von wenigen Euro als Nachtragsrechnung berechnet wird. Die Kasse kennt bereits die begründenden Daten für die Rechnungslegung (Entlassdatensatz). Eine Nachtragsrechnung ohne wesentliche Änderungen des Datensatzes eröffnet dem Kostenträger keine neuen Erkenntnisse, die ein Prüfbegehren erst jetzt auslösen könnten.

### 2.2.3 Ende der Frist

Laut SGB V endet die Frist mit einer Anzeige des MD. Die PrüfvV erweitert diese Regelung: Auch die Kasse kann die Frist mit einer DTA-Mitteilung zur Einleitung eines Vorverfahrens einhalten. Faktisch kommt es jedoch nicht darauf an,

---

13 GKV Spitzenverband und DKG (10.12.2019), Übergangsvereinbarung zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG vom 03.02.2016.

14 Anlage 4 zur § 301-Vereinbarung, Kapitel 6 Fehlerverfahren (<https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/krankenhaeuser/krankenhaeuser.jsp>).



von welcher Institution und durch welchen Kanal ein Krankenhaus über ein Prüfbegehren informiert wird.

Laut Bundessozialgericht gilt nämlich: »Der Wortlaut dieser Vorschrift ist nicht dahin zu verstehen, dass ausschließlich und nur der MDK den Prüfauftrag dem Krankenhaus anzeigen darf.«<sup>15</sup> Die Hauptsache ist, dass irgendjemand die Prüfung irgendwie anmeldet.

### 2.2.4 Stellenwert der Frist

Die 4-Monats-Frist ist eine sogenannte Ausschlussfrist. Das bedeutet, dass die Durchführung eines Prüfverfahrens nur zulässig ist, wenn die Frist eingehalten wurde. Sowohl die Dogmatik des BSG<sup>16</sup> als auch die PrüfvV teilen diese Einschätzung.

Dennoch wurde die Frist von Sozialgerichten immer wieder ausgehebelt. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die (angebliche) Ungültigkeit der Rechnung aufgrund fehlender Informationen, die bei der Rechnungslegung hätte übermittelt werden müssen:

- Der Aufnahmegrund wurde nicht genau mitgeteilt (u. a. BSG, Urteil vom 21.03.2013, Az.: B 3 KR 28/12 R, und vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 14/11 R). Der 3. Senat des BSG argumentierte, dass eine Krankenhausrechnung ohne diese Mitteilung nicht fällig würde. Die 4-Monats-Frist würde so gar nicht erst ausgelöst. Mancher Kostenträger sieht sich dadurch ermächtigt, Fallprüfungen bei ambulantem Potenzial erst Jahre nach der Rechnungslegung einzuleiten. Diese Praxis wird von den Gerichten jedoch kritisch gesehen.<sup>17</sup> Seit der Einführung dieser Dogmatik ist die Rechtsgrundlage (§ 275 SGB V) geändert worden. Nach der Einführung der PrüfvV stehen dem Kostenträger andere Wege offen, die erforderlichen Informationen zu bekommen.<sup>18</sup>
- Das Krankenhaus habe »abweichend von der Kodierpraxis« verschlüsselt und diese Abweichung der Kasse nicht erläutert (BSG, Urteil vom 01.07.2014, Az.: B 1 KR 24/13 R).
- Maßnahmen der Frührehabilitation seien der Kasse nicht mitgeteilt worden (u. a. BSG, Urteile vom 14.10.2014, Az.: B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13).
- Die Prüfung betreffe nur die »sachlich-rechnerische Richtigkeit« und folge daher nicht den Regeln des SGB V (u. a. BSG, Urteil vom 14.10.2014, Az.: B 1 KR 34/13 R, und Urteil vom 01.07.2014, Az.: B 1 KR 29/13 R).

Diese schwer nachvollziehbare Rechtsprechung führte zu einer erheblichen Unsicherheit auf Seiten der Krankenhäuser. Es werden Möglichkeiten gesucht, dem Kostenträger Informationen über den Aufnahmegrund zukommen zu lassen, obwohl das DTA-Verfahren keine Möglichkeiten dafür bietet. Es gibt Kran-

15 BSG, Urteil vom 27.11.2014, Az.: B 3 KR 7/13 R.

16 BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: B 3 KR 14/11 R.

17 Z. B. Bayerisches Landessozialgericht vom 16.01.2018, Az.: L 5 KR 403/14.

18 SG Trier, Urteil vom 09.05.2017, Az.: S 3 KR 123/16; SG Hannover, Urteil vom 17.11.2017, Az.: S 86 KR 305/17.

kenhäuser, die den Kassen per Fax die Behandlungspläne von Frühreha-Patienten übermitteln. Dieses Vorgehen ist jedenfalls nicht mehr erforderlich: Der Gesetzgeber hat die Übermittlung von Maßnahmen der Frührehabilitation mit Wirkung ab dem 11.04.2017 aus § 301 SGB V gestrichen. Rezentere Rechtsprechung des 1. Senats BSG lässt hoffen, dass zukünftig eine verlässlichere Urteilsfindung stattfinden dürfte. Allerdings erwartet der Autor, dass die Mitteilung eines Aufnahmegrundes als Bedingung für die Fälligkeit einer Krankenhausrechnung weiterhin gefordert werden dürfte.

Das Argument, dass eine Prüfung der Kodierung keine »echte« Rechnungsprüfung sei (sachlich-rechnerische Richtigkeit), wurde mittlerweile vom Gesetzgeber unterbunden. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) gilt ab 2016, dass jede Prüfung, die den MD beschäftigt, eine Prüfung nach § 275 SGB V ist. Dieses »Prüfregime« spielt aktuell keine Rolle mehr. Allerdings bestätigt das BSG die Dogmatik der sachlich-rechnerischen Richtigkeit für »Altfälle«.<sup>19</sup>

## 2.2.5 Umgehung der Frist durch Kostenträger

Zusammenfassend besteht hier aber aufgrund der Sozialrechtsprechung weiter Rechtsunsicherheit. Diese Unsicherheit nutzen bestimmte Kassen aus, indem sie Krankenhausrechnungen ohne Auftrag an den MD hinterfragen, statt sie zu bezahlen. Dabei wird in der Regel der Aufnahmegrund hinterfragt, ohne formal ein Vorverfahren zu eröffnen. Hierzu wird im DTA-Verfahren gerne das Datensegment ANFM mit seinem Gegenstück MBEG verwendet.

Diese Datensegmente sind ein Überbleibsel aus den Zeiten vor dem DRG-System und wurden schon in den 1980er Jahren benutzt: Sie dienen der Nachfrage, wenn das voraussichtliche Entlassdatum erreicht wurde und der Patient weiter im Krankenhaus verbleibt. Seit eine befristete Kostenübernahme keine Rolle mehr spielt (DRG-System!) sind die genannten Segmente obsolet.

Trotzdem werden immer noch wie selbstverständlich medizinische Begründungen angefordert (ANFM), die dann per MBEG geliefert werden sollen. Wenn die Antwort (die aufgrund der Schweigepflicht selbstverständlich keine Details umfassen darf) den Kassenmitarbeiter nicht befriedigt – also aus Sicht des Verfassers sehr oft – oder eine von der Kasse gesetzte Frist nicht eingehalten wird, weist die Kasse die Rechnung als »fehlerhaft« zurück (► Kap. 2.3.5). In Bundesländern, in denen die Kassen laut Landesvertrag das Recht haben, einen »Kurzbericht« anzufordern, wird dieses Verfahren gerne zum gleichen Zweck genutzt.

Mit diesem Vorgehen wird versucht, die maximalen Prüfquoten zu umgehen. Eine solche Ablehnung ist keine MD-Prüfung. Die Krankenhäuser können sich nur durch die Einleitung einer Sozialgerichtsklage gegen diese Praxis wehren. Sie können wahrscheinlich darauf vertrauen, dass die Sozialgerichtsbarkeit den Trick durchschauen und nicht bestätigen wird.

Ein größeres Problem ist die sogenannte Rechnungsablehnung oder die Bezahlung einer »unstrittigen Summe« ohne Einleitung eines Verfahrens. Dieses

---

19 BSG, Urteil vom 16.07.2020, Az.: B 1 KR 15/19 R.