



Roos Nelskamp & Partner

Rechtsanwälte Fachanwälte

Fon: 0228 945 91-0

Fax: 0228 945 91-11

roos@roos-nelskamp.de

www.roos-nelskamp.de

Rechtsanwalt Dr. jur. Christoph Roos und Heiner Fey, Bonn¹

Einführung in die rechtlichen Aspekte der Abrechnungsprüfung durch den MDK

in Kooperation mit [myDRG®](#)

I. Einleitung

Die Arbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen des § 275 SGB V stößt häufig auf den Unmut von Leistungserbringern und Versicherten; vereinzelt auch der Leistungsträger. Dies nicht nur, weil das in der klinischen Praxis sog. „MDK-Widerspruchsverfahren“ für die Krankenhäuser personal- und zeitaufwendig ist, sondern auch, weil das Ergebnis der Arbeit des MDK zu Kürzungen (eher selten zur Erhöhung) der Abrechnungen der Krankenhäuser führt. Für Versicherte kann die Begutachtung durch den MDK dazu führen, dass sie eine Leistung gar nicht oder nicht so wie beantragt erhalten. Wegen der Fülle der Aufgaben des MDK muss dieser Beitrag darauf begrenzt werden, seine Rolle und Funktion im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu untersuchen. Teil I setzt sich abstrakt mit Systematik und Zweck des § 275 SGB V auseinander, die Teile II und III untersucht sodann konkret Voraussetzungen und Umfang einer MDK-Anfrage, sowie die Anforderungen an den MDK und seine gutachterlichen Stellungnahmen. Die Teile IV und V dieses Beitrages werden sich schließlich mit formellen Aspekten des Prüfverfahrens befassen.

II. Zweck und Systematik des § 275 SGB V

Die Autoren möchten nicht schon zu Beginn des Beitrages durch die theorielastige Einführung in das Thema abschrecken und können bereits jetzt versichern, dass die nachfolgenden Teile praxisorientierter sein werden. Für das Verständnis der Zusammenhänge des MDK-Verfahrens halten wir es jedoch für erforderlich, Zweck und Systematik des § 275 SGB V voranzustellen.

¹Der Autor Dr. Christoph Roos ist Fachanwalt für Sozialrecht und Arbeitsrecht. Zudem berät er schwerpunktmäßig Einrichtungen des Gesundheitswesens in Fragen des Medizin- und Arztrechts im gesamten Bundesgebiet.

Der Autor Heiner Fey ist Diplombjurist, wissenschaftlicher Mitarbeiter von Dr. Christoph Roos, Krankenpfleger und klinische Kodierfachkraft

1. Normzweck

Schon in der Vergangenheit hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit gesehen, dass den Krankenkassen die Möglichkeit zukommen müsse, die Wirtschaftlichkeit der Behandlung ihrer Versicherten überprüfen zu können. Daher sah bereits die Reichsversicherungsordnung (RVO) in ihrem § 369 b vor, dass die Krankenkassen eine Fallprüfung durch den seinerzeit sogenannten Vertrauensarzt des Vertrauensärztlichen Dienstes (VäD) veranlassen konnten. § 275 SGB V ersetzt den zum 01.01.1989 weggefallenen § 369 b RVO, der MDK ist Nachfolgeorganisation des VäD. Trotz zahlreicher Gesetzesänderungen stehen zwei grundlegende Aspekte weiterhin im Vordergrund.

a) Wirtschaftlichkeitsgebot

Zum einen sind Krankenkassen und Krankenhäuser unverändert an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden. Dessen Beachtung dient nicht zuletzt der vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung betonten Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. § 12 Absatz I Satz 2 SGB V regelt hierzu:

„Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, [...] dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Wann eine Krankenhausbehandlung als Leistung im vorstehenden Sinne „notwendig und wirtschaftlich“ ist, regelt § 39 Absatz I Satz 2 SGB V. Es zählt zu den Pflichten der Krankenkassen, die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes durch die Krankenhäuser und damit auch deren Abrechnungen zu überprüfen. Stellt sich heraus, dass eine Leistung „nicht notwendig oder unwirtschaftlich war“, so darf sie die Kosten dafür nicht erstatten.

b) Sozialdatenschutz

Zum anderen dürfen die Krankenkassen diese Überprüfung aus sozialdatenschutzrechtlichen Gründen nicht selber durchführen. Das bedeutet damals wie heute, dass die Krankenkassen einerseits nicht ungeprüft Abrechnungen der Krankenhäuser begleichen müssen, andererseits die Einzelheiten der Leistungen der Krankenhäuser im schutzwürdigen Interesse der Versicherten nicht kennen dürfen, also im Ergebnis aus eigener Erkenntnis heraus nicht feststellen können, ob eine Leistung wirtschaftlich im Sinne des § 39 SGB V und deren Abrechnung damit auch berechtigt ist. Unter anderem ist es Aufgabe des MDK eben diese Kluft zu überbrücken. Zum einen soll der MDK in Kenntnis der Einzelheiten der Behandlung nach Übersendung der Behandlungsdokumentation und unter Wahrung des Sozialdatenschutzes für die ihn beauftragenden Krankenkassen feststellen, ob die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe und im Rahmen des § 39 SGB V erbracht und zurecht abgerechnet wurden. Zum anderen sollen die fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter des MDK der Bewältigung von Konflikten zwischen Krankenkassen und

Krankenhäusern nutzbar gemacht werden. Inwieweit sich diese gewiss löbliche Idealvorstellung des Gesetzgebers hat realisieren lassen, zeigen die unterschiedlichsten Erfahrungen aus der Praxis.

2. Systematik des § 275 SGB V

Die Überschriften des 9. Kapitels („Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“) und des 1. Abschnitts („Aufgaben“) lassen vermuten, der einleitend folgende § 275 SGB V regelt konkret die Aufgaben des MDK. Verwundert wird man feststellen, dass am Anfang der Absätze I, II, III und IV jeweils von den Pflichten der Krankenkassen die Rede ist und man wird sich vielleicht fragen, ob die Krankenkassen zugleich den MDK bilden. Die missglückte Fassung der Norm wird noch deutlicher, wenn man sie daraufhin untersucht, welche Funktionen der MDK gegenüber den Krankenhäusern ausübt. Nachdem man in Absatz I mit einer Fülle von Fällen konfrontiert wurde, in denen eine Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme vom MDK einzuholen hat, könnte sich aus Absatz I c folgern lassen, dass für Krankenhäuser nur Absatz I Nr.1 anwendbar sein soll. Der im Zusammenhang dieses Beitrages relevante Teil des Absatz I lautet:

„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. [...]

eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinische Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.“

Absatz I c Satz 1 lautet:

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

Man wird sich unweigerlich fragen, ob die vor Absatz I Nr.1 stehenden Fälle (gesetzliche bestimmte Fälle; Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung; Krankheitsverlauf) für Krankenhäuser nicht einschlägig sein sollen. Es verwundert auch, dass von den Krankenkassen eigentlich das Merkmal der „Erforderlichkeit“ zu beachten ist, dieses jedoch durch die Verweisung in Absatz I c für Krankenhäuser ausgeschlossen zu werden scheint.

a) Prüfungsumfang

Wegen der Verweisung auf § 39 SGB V in Abs. I c Satz 1 bedarf es der vor Nr.1 stehenden Erwägungen des Absatzes I eigentlich nicht. Der Verweis in Absatz I c Satz 1 macht hinreichend deutlich, dass grundsätzlich jede Besonderheit einer Krankenhausbehandlung als Prüfungsanlass in Frage kommt. Die Einbeziehung der genannten Erwägungen schadet aber auch nicht, da sie als Teilmenge der Prüfungsanlässe gesehen werden können, die durch die Nr.1 und den Verweis auf § 39 in Absatz I c Satz 1 noch erweitert werden. In der Praxis werden Einbeziehung oder Weglassung der Erwägungen vor Absatz I Nr.1 nicht zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, denn der Prüfungsumfang, den die Gerichte ohnehin gewähren, ist sehr weit gefasst. Der Streit ist eher akademischer Natur und kann für die Anwender in der Praxis dahinstehen.

b) Merkmal der Erforderlichkeit

Das Merkmal der „Erforderlichkeit“ ist in die hier favorisierte, weglassende Variante hineinzulesen. Aus der Systematik der Norm ergibt sich unproblematisch, dass das Merkmal der „Erforderlichkeit“ stets anzuwenden ist. Auf der sog. „Rechtsfolgende“ des Absatzes I sind die Krankenkassen verpflichtet, eine Stellungnahme des MDK einzuholen. Ihnen steht also kein Ermessen zu, ob eine Prüfung durchgeführt werden soll. Da es jedoch für beide Seiten unwirtschaftlich wäre, jeden Krankenhausbehandlungsfall prüfen zu lassen, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen auf der sog. „Tatbestandsseite“ der Norm einen sog. „Beurteilungsspielraum“ dahingehend eingeräumt, dass sie selber entscheiden müssen, in welchen Fällen eine Prüfung erforderlich sei. Diese beiden Begriffe in die richtige Prüfungsreihenfolge gebracht, müssen die Krankenkassen auf der Tatbestandsseite selbständig prüfen und feststellen, ob sie in einem konkreten Fall die Überprüfung einer Abrechnung für erforderlich halten. Wenn sie diese Frage bejahen, dann sind sie auf der Rechtsfolgende verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

Um die umständliche gefasste Norm aufzulösen und „lesbar“ zu machen, möchten die Autoren ihre Lesart der für Krankenhäuser einschlägigen Regelung des § 275 SGB V den weiteren Ausführungen voranstellen:

„Die Krankenkassen sind (in den erforderlichen Fällen)[...] verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen (nach § 39), insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, [...] eine gutachterliche Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung [...] einzuholen.“

Krankenhäuser betreffende Prüfungen nach § 17c Abs. II KHG und aufgrund anderer Rechtsgrundlagen werden in diesem Beitrag nicht berücksichtigt.

3. Verhältnis von Absatz I Nr. 1 zu Abs. Ic

Wie sich gezeigt hat, soll Abs. Ic Satz 1 den Abs. I nicht begrenzen, sondern durch den Verweis auf § 39 SGB V lediglich konkretisieren. Unabhängig davon haben die beiden Absätze verschiedene Regelungsgehalte. Absatz I bestimmt, der Lesart der Autoren folgend, in welchen Fällen die Krankenkassen eine Prüfung durch den MDK zu veranlassen haben.

Absatz Ic hingegen trifft, wenn auch unzureichend, so doch überwiegend formelle Regelungen über Einleitung und Ablauf der Prüfung. Satz 1 ordnet eine „zeitnahe“ Durchführung der Prüfung an. Satz 2 regelt Frist, Einleitung des Prüfverfahrens und Mitteilungspflicht des MDK an die Krankenhäuser. Satz 3 regelt die Aufwandsentschädigung der Krankenhäuser für den Fall, dass die Prüfung nicht zu einer Änderung des Rechnungsbetrages führt.

III. Voraussetzungen der Prüfung durch den MDK

1. Wann sind die Krankenkassen verpflichtet, eine Stellungnahme durch den MDK einzuholen?

Wie schon erwähnt, haben die Krankenkassen auf der Tatbestandsseite der Norm einen Beurteilungsspielraum bei der Frage, in welchen Fällen sie eine Stellungnahme durch den MDK für erforderlich halten. Auch wenn im Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen kein Sozialverwaltungsrechtsverhältnis besteht, lässt sich der Begriff des Beurteilungsspielraumes in Anlehnung an die einschlägige Kommentierung zum (Sozial-) Verwaltungsverfahrenrecht für die hier interessierenden Fallkonstellationen wie folgt definieren:

„Bei Beurteilungsspielräumen handelt es sich um Spielräume zur Beurteilung und Wertung eines gegebenen Sachverhalts, die der Gesetzgeber den Krankenkassen mit der Maßgabe übertragen hat, dass ihre unter wertender Abwägung aller betroffenen Belange getroffene Entscheidung (Beurteilung) grundsätzlich letztverbindlich sein und nur in Grenzen der Kontrolle durch die Gerichte unterworfen sein soll.“

Es kann davon ausgegangen werden, dass die (sozial-)verwaltungsverfahrenrechtlichen Grundsätze in Ermangelung anders lautender Regelung auf die Entscheidungen der Krankenkassen entsprechend anwendbar sind.

a) Die Ausübung des Beurteilungsspielraumes auf der Tatbestandsseite

Die Ausübung des Beurteilungsspielraumes erfolgt in den drei nachfolgend dargestellten Schritten. Zunächst ist der Beurteilungsmaßstab zu ermitteln. In Schritt zwei muss die Beurteilungsgrundlage festgestellt werden und schließlich haben die Krankenkassen ihre Abwägungsentscheidungen zu treffen. Von

diesen Schritten sind der erste und zweite nicht in jedem Fall zu wiederholen. Beurteilungsmaßstab und Beurteilungsgrundlage sind Größen, die sich nicht in Abhängigkeit vom Einzelfall ändern.

- **Ermittlung des Beurteilungsmaßstabes**

Generalisierend lässt sich sagen, dass die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung Beurteilungsmaßstab für die Krankenkassen ist. Dieser Beurteilungsmaßstab wird durch § 275 Abs. I Nr.1 in Verbindung mit Abs. I c Satz 1 (wegen § 39 SGB V nicht abschließend) dahingehend konkretisiert, dass zu prüfen ist, ob

- die Voraussetzungen für die Krankenhausbehandlung vorgelegen haben,
- ob die Leistungen nach Art und Umfang erforderlich waren,
- ob Auffälligkeiten in der Abrechnung bestehen.

Es wird sich im Einzelfall nicht immer genau abgrenzen lassen, welche dieser drei Alternativen konkret vorliegt, zumal sie sich überschneiden oder wechselseitig bedingen können und die beiden ersten Alternativen fast zwangsläufig in eine fehlerhafte, dann nicht mehr ordnungsgemäße Abrechnung münden, wenn man davon ausgeht, dass eine Rechnung auch dann falsch ist, wenn zwar der Endbetrag stimmt, aber die einzelnen Berechnungsgrundlagen (ICD, OPS, ZE) falsch sind. Wegen des weiten Beurteilungsmaßstabes in § 39 SGB V wird es im Ergebnis auf eine genaue Abgrenzung aber auch nicht ankommen.

Es wurde und wird auch § 11 SGB V als Beurteilungsmaßstab herangezogen, weil er den Krankenkassen nach Auffassung der Rechtsprechung einen weiteren Beurteilungsspielraum einräumen soll. Dem ist aufgrund der eindeutigen Formulierung in § 275 SGB V nicht zu folgen. Im übrigen ist zweifelhaft, ob er den Beurteilungsspielraum gegenüber § 39 SGB V wirklich erweitert, denn wenn eine andere Leistungsart, als die der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 11 Absatz III SGB V zu gewähren gewesen wäre, dann war sie zugleich nicht mehr erforderlich im Sinne des § 39 SGB V. Daher kann an dem hier vertretenen Beurteilungsspielraum festgehalten werden.

- **Ermittlung der Beurteilungsgrundlage**

Steht der Beurteilungsspielraum fest, ist die Beurteilungsgrundlage zu ermitteln. Das sind die Informationen, aufgrund derer die Krankenkassen ihre Abwägungsentscheidung treffen müssen. Dafür bieten sich den Krankenkassen im Wesentlichen der § 301-Datensatz aus dem streitigen Behandlungsfall und die Krankengeschichte in Form von Abrechnungen aus vorangegangenen ambulanten und stationären Behandlungen an. Weitere Daten stehen den Krankenkassen wegen des Sozialdatenschutzes in der Regel nicht zur Verfügung.

- **Abwägungsentscheidung**

Die Abwägungsentscheidung ist eine Handlung, die die Krankenkassen in jedem einzelnen Abrechnungsfall vornehmen müssen, denn es steht den Krankenkassen nicht frei zu entscheiden, ob sie in einem konkreten Abrechnungsfall überhaupt von ihrem Beurteilungsspielraum Gebrauch machen wollen oder nicht. Vielmehr haben sie in jedem Abrechnungsfall diese Abwägungsentscheidung zu treffen. Durch das Ergebnis dieser Abwägung entscheidet sich letztlich die Frage danach, ob aufgrund der Beurteilungsgrundlage z.B. Auffälligkeiten in einer Abrechnung bestehen. Problematisch ist für die Krankenkassen regelmäßig, dass sie ihre Abwägungsentscheidung aufgrund der oben dargestellten, spärlichen Beurteilungsgrundlage zu treffen haben, weshalb ihnen ein weiter Beurteilungsspielraum einzuräumen ist. Dass heißt, dass z.B. schon vergleichsweise geringe Zweifel an der Richtigkeit einer Abrechnung die Abwägungsentscheidung zu dem Ergebnis führen kann, dass eine Prüfung durch den MDK erforderlich ist.

Für Krankenhäuser ist diese Beurteilung bisweilen nur schwer nachvollziehbar. Sie dürfen jedoch nicht übersehen, dass sie selber, eben im Gegensatz zu den Krankenkassen, die gesamte Behandlungsdokumentation kennen und deshalb aus ihrer Perspektive auf einer ungleich breiteren Grundlage die Beurteilung der Krankenkassen bewerten können. Wenn Krankenhäusern also schon nach Einleitung des MDK-Verfahrens einzelne Prüfungen unnötig erscheinen mögen, so werden sie in Anschauung der engen Beurteilungsgrundlage der Krankenkassen in der Regel gleichwohl berechtigt sein.

b) Pflicht zur Einholung einer Stellungnahme des MDK auf der Rechtsfolgenseite

Wie bereits dargestellt steht den Krankenkassen kein Ermessen zu, ob sie eine Stellungnahme des MDK einholen möchten oder nicht. Führt die ordnungsgemäße Ausübung des Beurteilungsspielraumes zu dem Ergebnis, dass die Einholung einer Stellungnahme erforderlich sei, dann sind die Krankenkassen verpflichtet, diese auch einzuholen.

c) Gerichtliche Kontrolle

Der Umfang der Prüfung des Beurteilungsspielraumes durch die Gerichte ist begrenzt. Die Gerichte dürfen nur überprüfen, ob die Krankenkassen den Beurteilungsspielraum über- oder unterschritten, ob sie also davon überhaupt Gebrauch gemacht oder sich von zweckfremden Erwägungen haben leiten lassen.

- Prozessuale Ausgangssituation

In der prozessualen Praxis wird es schwer und nicht unbedingt ratsam sein, gegen ein Prüfverfahren nach § 275 SGB V und eine nachfolgende Minderung des Abrechnungsbetrages allein mit der Einwendung vorzugehen, eine Krankenkasse habe ihren Beurteilungsspielraum nicht ordnungsgemäß ausgeübt. Bei dem Begriff der Einwendung handelt es sich um einen juristischen terminus technicus. Ohne ins Detail gehen zu wollen kann mit einer Einwendung geltend gemacht werden, ein Recht sei erst gar nicht ent-

standen, bereits erloschen oder nicht mehr durchsetzbar. Folgte ein Gericht dieser Einwendung, käme es wohl zu dem Ergebnis, dass eine Überprüfung durch den MDK nicht erforderlich gewesen wäre. Stützt sich ein Krankenhaus allein auf die Einwendung der nicht pflichtgemäßen Ausübung des Beurteilungsspielraumes, könnte folgende prozessuale Situation entstehen:

Ein Krankenhaus hat einen Behandlungsfall zur Abrechnung gestellt. Die angegangene Krankenversicherung bezweifelt die Richtigkeit der Abrechnung und schaltet den MDK zur Prüfung ein. Dieser bestätigt in seiner gutachterlichen Stellungnahme die Auffassung der Krankenkasse. In der Folge kommt es zur Kürzung der Abrechnung und Anweisung des gekürzten Betrages durch die Krankenkasse. Das betroffene Krankenhaus erhebt Leistungsklage zum Sozialgericht mit dem Antrag die Krankenkasse zu verurteilen, den Fehlbetrag zu zahlen. Zur Klagebegründung erhebt das Krankenhaus nur die Einwendung, die Krankenkasse habe ihren Beurteilungsspielraum nicht pflichtgemäß ausgeübt. Folge dessen sei, dass die Krankenkasse kein Recht dazu gehabt habe, eine Stellungnahme des MDK einzuholen und deren Ergebnis - unabhängig davon ob es zutrifft - nicht habe verwerten dürfen. Wegen der Unverwertbarkeit der Stellungnahme müsse sich die Krankenkasse so behandeln lassen, als ob sie diese nicht eingeholt hätte.

In dieser prozessualen Situation mag ein Krankenhaus weiter vortragen, dass die Krankenkasse, infolge der durch die begründete Einwendung erreichte Fiktion der Unkenntnis der tatsächlichen Voraussetzungen der Behandlung, die Rechnung nicht habe kürzen dürfen. Ob diese Einwendung, so sie überhaupt begründet ist, die vom Krankenhaus möglicherweise vorgetragene Rechtsfolge zeitigt, ist unklar, denn sie führt zu einem bedeutsamen, bisher von der Rechtsprechung nicht einheitlich geklärten Folgeproblem. Es ist offen, ob die Krankenkassen eine Abrechnung auch ohne vorherige Überprüfung durch den MDK kürzen dürfen und die Überprüfung der inhaltlichen Richtigkeit einem evt. nachfolgenden gerichtlichen Verfahren überlassen können. Diese Frage wird von der Rechtsprechung teilweise bejaht, teilweise verneint und wird in Teil 4 dargestellt werden.

Unabhängig von dieser Frage sind wegen der Weite des Beurteilungsspielraums nur extreme Fälle denkbar, in denen eine Klage mit allein dieser Einwendung überhaupt Aussicht auf Erfolg haben dürfte. Beispiel für das seltene Gelingen seien die „Berliner Fälle“, in denen eine Ausübung des Beurteilungsspielraumes (dem Gericht offensichtlich) erst gar nicht stattgefunden zu haben scheint. Diese Rechtsprechung kann aber auch dahingehend verstanden werden, dass die Zweifel einer Krankenkasse an der Richtigkeit einer Abrechnung in der MDK-Anfrage positiv nach außen zum Ausdruck kommen müssen. Erst dadurch zeigen die Krankenkassen, dass sie von ihrem Beurteilungsspielraum pflichtgemäß Gebrauch gemacht haben. Die Anforderungen hieran dürfen jedoch nicht überspannt werden, denn schon allein die Tatsa-

che, dass die Krankenkassen in ihren Anforderungen an den MDK konkrete Fragen stellen, indiziert, dass sie dieser Pflicht nachgekommen sind.

- **Beweislastverteilung**

Auch wenn im sozialgerichtlichen Verfahren der Amtsermittlungsgrundsatz gilt, stellt sich hier letztlich eine Beweislastfrage. Klagen Krankenhäuser auf Leistung, so wird das Gericht dem Antrag nur dann stattgeben, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu seiner Überzeugung feststeht, dass die Voraussetzungen des Anspruchs erfüllt sind. Ob das der Fall ist, ermittelt das Gericht von Amts wegen, also von sich aus. Die Gerichte werden in der Regel die Verwaltungsakten der Krankenkassen und die Behandlungsdokumentationen der Krankenhäuser beiziehen. Ist streitig, ob die tatsächlichen Voraussetzungen eines Anspruchs erfüllt sind, ob also z.B. ein Aufwand betrieben wurde, der die Kodierung der erlössteigernden Nebendiagnose „Pleuraerguss“ (J90) rechtfertigt, so wird das Gericht ein Gutachten zu dieser Frage einholen, wenn es nicht ausnahmsweise über genügende eigene Sachkenntnis verfügt, was bei medizinischen Fragen aber eher die Ausnahme sein dürfte. Den Parteien des Verfahrens ist es freilich unbenommen, selber Beweismittel anzubieten, die das Gericht nicht unberücksichtigt lassen darf, sofern sie eine streitige Frage zu beantworten vermögen.

Die gleiche Beweislastfrage wirft die Einwendung, eine Krankenkasse habe ihren Beurteilungsspielraum pflichtwidrig ausgeübt, auf. Das Gericht wird die Einwendung nur dann gelten lassen können, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu seiner Überzeugung feststeht, dass die Ausübung des Beurteilungsspielraumes pflichtwidrig war. Die vom Gericht beigezogenen Akten werden in der Regel keinen Hinweis hierfür enthalten. Einen Zeugen zu finden, der die Pflichtverletzung bestätigt, wird schwer möglich sein.

Es ist zweifelhaft, ob zugunsten der Krankenhäuser ein erster Anschein für eine nicht ordnungsgemäße Ausübung des Beurteilungsspielraumes sprechen kann, wenn Krankenkassen z.B. regelmäßig MDK-Anfragen bezüglich der erlössteigernden Nebendiagnose Pleuraerguss (J90) überprüfen lassen. Bei dieser Diagnose handelt es sich in der Praxis recht häufig um einen Zufallsbefund bei Gelegenheit einer Ultraschall- oder Röntgenuntersuchung, der unter Umständen keinen Aufwand verursacht hat und demnach nicht zur Abrechnung gestellt werden dürfte. Gerade weil in diesen Fällen in tatsächlicher Hinsicht zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vieles streitig ist, muss den Krankenkassen auch eine Einzelfallprüfung möglich bleiben. Es wäre wohl verfehlt, den Krankenkassen bereits hier ihr Fallüberprüfungsrecht mit der Begründung abzuschneiden, sie müssten den ersten Anschein dafür, dass sie ihren Beurteilungsspielraum nicht ordnungsgemäß ausgeübt haben, substantiiert widerlegen.

- **Zweckmäßigkeitserwägungen**

Letztlich bleiben für die Einwendung der pflichtwidrigen Ausübung des Beurteilungsspielraumes nur solche Fälle, in denen sich Krankenkassen offensichtlich von zweckfremden Erwägungen leiten lassen, die sich also außerhalb der Grenzen des Beurteilungsspielraumes bewegen oder in denen eine Beurteilung überhaupt nicht vorgenommen wurde. Gleichwohl sind zweckfremde Erwägungen oder Nichtgebrauch des Beurteilungsspielraumes aus anwaltlicher Sicht in den geeigneten Fällen einzuwenden. Dies nicht nur, um alle prozessualen Angriffsmittel auszuschöpfen, sondern unter Umständen auch, um die Einlegung von Rechtsmitteln vorzubereiten.

2. **Prüfungsgegenstände**

Der Prüfungsgegenstände gibt es viele und ihre Zahl scheint mit der Kreativität der Krankenkassen zu steigen. Stichwortartig seien hier als altbekannte Fallkonstellationen nur genannt:

- Streit um DRG-erhöhende Hauptdiagnosen
 - Streit um CCL-relevante Nebendiagnosen
 - Fragen der Fehlbelegung
 - Fragen der Fallzusammenführung
- etc.

Eine vertiefende Betrachtung der einzelnen Prüfungsgegenstände würde den Umfang aber auch den Gegenstand dieses Beitrages sprengen. Es soll in den folgenden Teilen weiterhin nur die äußere Gestalt der Abrechnungsprüfung durch den MDK Gegenstand des Beitrages sein.

3. **Prüfungsumfang des MDK und dessen Begrenzung**

a) **Vorüberlegung**

Es ist eine der wohl komplizierteren Fragen, ob der Prüfungsumfang des MDK begrenzt oder durch die konkreten Fragen der Krankenkassen sogar begrenzt ist. Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, dass der MDK nur tatsächliche Fragen beantworten kann und darf. Eine rechtliche Würdigung des Behandlungsfalles steht nicht ihm, sondern allein den Krankenkassen zu. Nämlich der MDK allein eine rechtliche Würdigung eines Behandlungsfalles vor, so dürfte sich die Krankenkasse darauf nicht stützen. Mit anderen Worten: Der MDK ist nur dazu berufen, medizinische Fragen sachverständig zu begutachten und zu beantworten. Welche tatsächlichen (medizinischen) Fragen indes einer Antwort harren, um eine rechtliche Würdigung vornehmen zu können, ist von den Krankenkassen zu beurteilen. Die Krankenkassen müssen

also im Vorfeld der MDK-Anfrage entscheiden, welche Fragen zu klären sind, um darüber befinden zu können, ob die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung rechtmäßig ist. Sie werden also, an oben stehendes Beispiel (s. Teil II) anknüpfend, eine Stellungnahme des MDK dazu erbitten, ob die Kodierung des Pleuraergusses (J90) berechtigt ist. Die Beantwortung dieser Frage kann, vereinfachend gesagt, nur Ja oder Nein lauten. Auf diese Ja/Nein-Antwort hin erfolgt die rechtliche Würdigung durch die Krankenkassen, die schließlich der Abrechnung der erlössteigernden J90 zustimmen oder diese zurückweisen und lediglich einen Rechnungsbetrag ohne Berücksichtigung der Nebendiagnose J90 begleichen werden.

b) Voraussetzungen

Voraussetzung für die ordnungsgemäße Beantwortung einer Anfrage einer Krankenkasse sollte eine umfassende Würdigung aller Tatsachen eines Behandlungsfalles sein. Der MDK muss, um die Anfrage einer Krankenkasse überhaupt korrekt beantworten zu können, alle Einzelheiten des Behandlungsfalles kennen und in einer Gesamtschau würdigen. In diesem Zusammenhang erscheint es fragwürdig, dass bisweilen von einzelnen MDKs zur Begutachtung lediglich der Arztbrief und bestenfalls wenige zusätzliche Unterlagen herangezogen werden, die eine Behandlung in ihrer ganzen Komplexität nicht widerspiegeln und für sich genommen keine geeignete Grundlage für die Beurteilung eines Behandlungsfalles darzustellen vermögen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil der Entlassungsbericht den weiterbehandelnden ärztlichen Kollegen vor allem über den Verlauf und Ausgang der Krankenhausbehandlung informieren soll, nicht jedoch über die Einzelheiten der Behandlung selbst. Einschränkend ist jedoch zu sagen, dass es in einfach gelagerten Fällen gerechtfertigt sein mag, nicht die vollständige Behandlungsdokumentation anzufordern, wenn sich aus der MDK-Anfrage deutlich ergibt, dass sich diese schon mit einer begrenzten Auswahl an Behandlungsunterlagen beantworten lässt. Indes steht es den Krankenhäusern natürlich frei, bereits bei der Anforderung von Behandlungsunterlagen durch den MDK und in Kenntnis der konkreten Anfrage durch die Krankenkassen, zusätzliche Unterlagen einzureichen, von denen sie denken, dass sie zur Klärung der Frage erforderlich sind. Diese Unterlagen wird der MDK berücksichtigen müssen. Sozialdatenschutzrechtliche Bedenken dürften hier nicht bestehen, zumal der MDK ohnehin befugt ist, in die gesamte Behandlungsdokumentation einzusehen. Schutzwürdige Interessen des Patienten dürften in dieser besonderen Situation zurücktreten.

c) Inhalt

Auf Grundlage der ihm zur Verfügung stehenden Behandlungsunterlagen ermittelt der MDK die Tatsachen, die für die Beantwortung der Anfrage erheblich sind. Aus diesen Tatsachen zieht er seine Schlussfolgerungen, aufgrund derer er dann die Fragen der Krankenkasse beantwortet. Grundsätzlich ist der MDK nur verpflichtet, die Fragen der Krankenkassen zu beantworten. An dieser Stelle drängen sich zwei Probleme auf.

- **Korrekte Fragestellung durch die Krankenkassen**

Problematisch ist zunächst, ob die Krankenkassen die richtigen Fragen stellen. Während die Krankenhäuser im sozialgerichtlichen Verfahren Einfluss auf die Fragen eines Beweisbeschlusses des Gerichts nehmen können, steht ihnen diese Möglichkeit im MDK-Verfahren nicht offen. Die Krankenhäuser werden über die Fragen der Krankenkassen an den MDK erst dann in Kenntnis gesetzt, wenn ihnen diese vom MDK im Rahmen des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V angezeigt werden. Dieses Problem darf für den klinischen Alltag wohl nicht überbewertet werden, zumal die Anfrage der Krankenkassen zumeist einfach nur darauf lautet, ob eine bestimmte Kodierung zutrifft. Das Problem der Einflussnahme auf die Fragestellungen an einen Gutachter wird sich also vorrangig erst im sozialgerichtlichen Verfahren stellen.

- **Mehr Antworten als Fragen**

Fraglich ist weiterhin, ob der MDK die Krankenkassen auch darauf hinweisen muss, dass eine Abrechnung zu niedrig ist und ein Krankenhaus mehr fordern könnte, wenn es den Behandlungsfall zutreffend abgerechnet hätte. Diese Frage ist nicht eindeutig zu beantworten. Grundsätzlich ist der MDK nur verpflichtet, die Fragen der Krankenkassen zu beantworten. Es gehört sicherlich nicht in seinen Aufgabenbereich, alle ihm vorgelegten Behandlungsfälle auf eventuell von den Krankenhäusern übersehene Abrechnungsmöglichkeiten hin zu untersuchen. Die ordnungsgemäße Abrechnung liegt im alleinigen Verantwortungsbereich der Krankenhäuser, die für mangelhafte Abrechnungen auch dann einzustehen haben, wenn sie zu niedrig ausfällt. Drängt sich bei Gelegenheit der Begutachtung jedoch ein Fehler in der Rechnungslegung geradezu auf, so ist unklar, ob der MDK Krankenkassen und Krankenhäuser darauf hinzuweisen hat.

Einerseits lässt sich vertreten, dass der MDK gleichsam als verlängerter Arm der Krankenkassen fungiere, indem er solche Aufgaben wahrnimmt, die die Krankenkassen aufgrund des Sozialdatenschutzes nicht selber wahrnehmen dürfen. Da die Krankenkassen ebenso wenig verpflichtet sind, die Krankenhäuser auf zu niedrige Abrechnungen hinzuweisen, wie die Krankenhäuser es sind, auf eine Überzahlung hinzuweisen, kann eine solche Pflicht auch den MDK nicht treffen. Abrechnungsfehler hat grundsätzlich diejenige Partei geltend zu machen, die sich durch den Fehler benachteiligt sieht.

Die Autoren sind hingegen der Ansicht, dass eine gedeihliche und kooperative Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Krankenkassen durchaus Raum dafür lässt, den jeweils anderen auf eventuelle Fehler, auch zu seinen eigenen Lasten, hinzuweisen und diesem die Möglichkeit der Berichtigung einzuräumen. Solche Hinweise sind freilich streng auf offensichtliche Fehler zu begrenzen und können nicht zu einer Pflicht erstarken, deren Verletzung zur Begründung eigener Ansprüche führt. Anderenfalls müssten Krankenhäuser und Krankenkassen die Entscheidung des jeweils anderen auf deren Richtigkeit hin überprüfen, was zu einer Risikoumverteilung führen würde, die gewiss nicht gewollt sein kann. Krankenhäuser und Krankenkassen sind und bleiben für ihr Handeln grundsätzlich allein verantwortlich.

d) Wenn die Stellungnahme des MDK in der Welt ist

Wenn die Stellungnahme des MDK den Krankenhäusern zur Kenntnis gegeben wird, beginnt das in der Praxis sog. „MDK-Widerspruchsverfahren“, das mit dem (sozial)verwaltungsrechtlichen Widerspruchsverfahren nur den Namen, nicht aber Voraussetzungen und Wirkungen teilt. Die Vorschriften über das Verfahren gemäß der §§ 77 ff. des Gesetzes über die Sozialgerichtsbarkeit (SGG) gelten hier nicht. Die Krankenhäuser werden zunächst anhand der Behandlungsdokumentation überprüfen, ob die Ergebnisse des Gutachtens zutreffen. Ist das der Fall, werden sie die Rechnungsänderung wohl akzeptieren. Kommen Sie jedoch zu dem Ergebnis, dass der MDK Aspekte übersehen hat, die gegen sein Ergebnis sprechen, so werden sie ihrerseits begründen und anhand der Behandlungsunterlagen belegen, dass die Abrechnung des Krankenhauses zutreffend erstellt wurde und deren Änderung nicht gerechtfertigt ist. Im Beispielt des Pleuraergusses wird das Krankenhaus beispielsweise belegen, dass eine Pleurapunktion durchgeführt und damit ein Aufwand betrieben worden ist, der die Kodierung der erlössteigernden Nebendiagnose J90 rechtfertigt. Was hier sehr einfach klingen mag, ist in der täglichen Praxis des Medizincontrollings der Krankenhäuser mit den größten Problemen behaftet. Wegen ihrer endlos groß erscheinenden Vielfalt und Komplexität können sie in dieser Einführung nicht behandelt werden.

Es sollen jedoch einige Standardsituationen, in denen sich Krankenhäuser, MDK und Krankenkassen wiederfinden können, nicht unerwähnt bleiben, wobei dieser Katalog gewiss nicht abschließend ist:

– Der MDK akzeptiert einen Widerspruch

Die wohl angenehmste Situation für Krankenhäuser ist die, dass sich im Laufe des Widerspruchsverfahrens belegen lässt, dass eine vom MDK bestrittene Kodierung begründet und die Stellungnahme des MDK entsprechend zu ändern ist. Hier findet im Ergebnis keine Änderung des Abrechnungsbetrages statt.

– Der MDK lässt einen Widerspruch nicht genügen

Eine in der Praxis häufig auftretende Situation ist die, dass der MDK die im Widerspruchsverfahren von den Krankenhäusern geltend gemachten Begründungen und Belege für die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einer Leistung aus medizinisch durchaus streitigen Gründen nicht gelten lassen will. In diesem Zusammenhang spielt sehr häufig die Frage nach der Wirtschaftlichkeit einer bestimmten Behandlung (§ 39 SGB V) eine Rolle, zumal der MDK davon ausgehen mag, dass eine Leistung auch günstiger hätte erbracht werden können. Die Krankenhäuser müssen überlegen, wie viel Zeit und Personal sie auf den Widerspruch in einem konkreten Fall aufwenden wollen, wenn sich abzeichnet, dass der MDK seine Meinung nicht ändern wird. Wenn eine Sache gegenüber dem MDK ausgeschrieben ist, dann ist schon aus ökonomischen Gründen zu überlegen, ob andere Wege der Konfliktlösung einzuschlagen sind.

– **Der MDK verweigert sich beharrlich und ohne erkennbaren Grund dem Beleg eines Aufwandes**

Diese Variante ist glücklicherweise nicht allzu oft, aber regelmäßig anzutreffen. Im Beispiel des Pleuraergusses mag der MDK eine mehrfach wiederholte Pleurapunktion nicht als Aufwand im Sinne der J90 akzeptieren, was jedoch allgemeiner Konsens sein dürfte. Hier ist in Erwägung zu ziehen, das eigentliche Widerspruchsverfahren zu unterbrechen und die Sache der dienstvorgesetzten Stelle des betreffenden Gutachters vorzutragen und dort um eine ergänzende Stellungnahme nachzusuchen. Natürlich können Krankenhäuser in einem solchen Fall auch Kontakt mit den Krankenkassen aufnehmen. Dabei ist jedoch stets zu bedenken, dass sie diesen aus Gründen des Sozialdatenschutzes nicht mehr sagen dürfen, als dass es über einzelne Abrechnungspositionen Streit gibt und eine ergänzende Stellungnahme durch einen weiteren MDK-Gutachter eingeholt werden müsste, um diesen Streit beizulegen. Da die Krankenkassen in einer solchen Situation die Gründe für diesen Streit weder kennen noch kennen dürfen, werden sie sich zurecht schwer tun, dem Ansinnen der Krankenhäuser zu folgen, da sie von ihrem Kenntnisstand aus zu dem Streit nicht Stellung beziehen können.

– **Situation des MDK unter umgekehrten Vorzeichen**

Die vorstehend beschriebenen Situationen können sich freilich auch für den MDK ergeben. Auch der MDK kann, wenn er seine Stellungnahme nach eingehender Prüfung der Sachlage für zutreffend hält, darauf stoßen, dass ein Krankenhaus sich mit dieser Auffassung nicht zufrieden gibt und weiter darauf drängt, die Abrechnung sei richtig, möglicherweise ohne entsprechende Belege anzubieten. Auch dem MDK muss es dann zustehen, die Sache gegenüber dem Krankenhaus für ausgeschlossen zu erklären, seine abschließende Stellungnahme an die Krankenkasse zu senden und ihr die weiteren Entscheidungen überlassen.

– **Rolle der Krankenkassen im Widerspruchsverfahren**

Den Krankenkassen kommt im Widerspruchsverfahren wegen des Sozialdatenschutzes im Grunde keine eigene Rolle zu. Sie wird die Stellungnahme des MDK abwarten müssen, dem ein Widerspruchsverfahren vorausgegangen sein mag und je nach Ergebnis der Stellungnahme entscheiden, wie weiter zu verfahren ist.

e) Erwägungen nach Stellungnahme des MDK und Entscheidung der Krankenkassen

Wie oben dargestellt, führen die Stellungnahmen des MDK und die darauf folgenden Entscheidungen der Krankenkassen im Wesentlichen zu zwei Ergebnissen. Die Rechnung bleibt unbeanstandet oder der Rechnungsbetrag wird vermindert. Kommt es zu einer Änderung des Rechnungsbetrages und haben die Krankenkassen noch nicht bezahlt, so werden sie den reduzierten Betrag anweisen. Ist bereits vorab gezahlt worden, haben die Krankenkassen die Möglichkeit den Fehlbetrag zurückzufordern oder mit einer

anderen Forderung aufzurechnen, so dass sich der Auszahlungsbetrag auf eine andere Forderung um den entsprechenden Fehlbetrag mindert.

Ist dieser Verfahrensstand erreicht, bleibt grundsätzlich nur noch der Weg zum Sozialgericht, um den gesamten Betrag aus der ursprünglichen Rechnung zu erhalten. Es ist eine Leistungsklage nach § 54 Absatz V SGG zum Sozialgericht zu erheben. Es wird beantragt die Beklagte (Krankenkasse) zu verurteilen einen bestimmten Betrag nebst Zinsen an den Kläger zu zahlen. Der Höhe nach ist nur der Fehlbetrag, also die Differenz aus der ursprünglichen Rechnung und dem tatsächlich gezahlten oder der in der Aufrechnungserklärung bezeichnete Betrag einzuklagen.

Bevor Klage erhoben wird, sind aus anwaltlicher Sicht zwei für eine Klage entscheidende Faktoren abzuwägen. Einerseits ist das Prozessrisiko zu bewerten. Hier ist abzuwägen, wie wahrscheinlich ein Obsiegen oder Unterliegen in einem Rechtsstreit ist. 100-prozentige Sicherheit für den einen oder anderen Ausgang eines Prozesses gibt es nicht. Es ist aus anwaltlicher Sicht stets zu prüfen, ob der behauptete Anspruch nachvollziehbar dargelegt werden kann. Nur wenn der Anspruch zur vollen Überzeugung des Gerichtes feststeht, kann dieses dem Klageantrag stattgeben. Bleiben Zweifel, wird es die Klage abweisen. Andererseits ist das Kostenrisiko zu beachten. Dieser Begriff beschreibt das Risiko, die Kosten des Verfahrens im Fall des gänzlichen oder teilweisen Unterliegens ganz oder teilweise tragen zu müssen. Ist das Prozessrisiko einer Klage hoch, so steigt auch das Kostenrisiko des klagenden Krankenhauses. In diesem Fall lautet die einfache Frage, die sich der Kläger stellen muss: „Ist der Betrag, den ich bekommen könnte, das Risiko wert, das ich für den Fall des Unterliegens eingehe?“ Einer anwaltlichen Beratung sollte stets eine genaue Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen vorausgehen. Die Abwägung von Prozess- und Kostenrisiko wird der Anwalt gemeinsam mit dem Krankenhaus vornehmen.

IV. Formelle Aspekte des Prüfverfahrens, §§ 275, 276 SGB V

Die Regelungen über die Durchführung des MDK-Prüfverfahrens fallen spärlich aus. § 275 Abs. 1c SGB V regelt lediglich, dass das Verfahren zeitnah durchzuführen sei, setzt eine Frist für Einleitung des Verfahrens und Anzeige gegenüber dem betroffenen Krankenhaus und regelt eine Aufwandspauschale für den Fall, dass die Prüfung zu keiner Rechnungsänderung führt. Der Ablauf des Prüfverfahrens im Einzelnen hat sich aus der täglichen Praxis zwischen Krankenhäusern, -kassen und MDK heraus entwickelt. Soweit die §§ 275, 276 Regelungen hinsichtlich des Verfahrens enthalten, sollen diese nachfolgend dargestellt werden.

1. 6-Wochen-Frist des § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V

Der Gesetzgeber hat in § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V bestimmt, dass das Prüfverfahren spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst bei den betroffenen Krankenhäusern anzuzeigen sei. Für die Fristberechnung gelten in Ermange-

lung speziellerer Regelungen, gemäß § 69 Absatz I Satz 3 in Verbindung mit Satz 2 SGB V, die §§ 186 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) entsprechend. Gemäß § 187 Absatz I BGB beginnt die Frist an dem Tag, der auf den Rechnungszugang bei der Krankenkasse folgt, denn dieser ist fristauslösendes Ereignis im Sinne der Norm. Um die Richtigkeit der Fristberechnung durch Krankenkassen und MDK überprüfen zu können, müssen Krankenhäuser dokumentieren, wann eine Rechnung bei den Krankenkassen eingegangen ist. Das wird heute, da die Rechnungslegung im Wege des elektronischen Datenträgeraustausches erfolgt, keine größeren Probleme bereiten, zumal die Abrechnungen tagesgleich bei den Krankenkassen eingehen sollten.

Beispiel für die Berechnung einer Frist:

Ging einer Krankenkasse eine Rechnung am Dienstag, den 02.11.2010 zu, so beginnt die Frist am Mittwoch, den 03.11.2010 zu laufen. Von diesem Dienstag an sind 6 Wochen abzuzählen, wobei die Frist an dem, dem fristauslösenden Ereignis gleichlautenden Tag (§ 188 Absatz II BGB) endet. Die Frist endet also mit Ablauf des Dienstags, den 14.12.2010.

Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag, so gilt als Fristende der nächste Werktag (§ 193 BGB).

In dieser 6-Wochen-Frist müssen Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse und dessen Anzeige gegenüber dem betroffenen Krankenhaus durch den beauftragten MDK kumulativ zusammenfallen. Aus welchem Grund eine Frist fruchtlos verstrichen sein mag, ist für die Krankenhäuser unerheblich, denn deren Einhaltung liegt im Verantwortungsbereich der Krankenkassen und des MDK.

Überaus problematisch ist, dass § 275 Abs. I c Satz 2 SGB V zwar eine Frist setzt, jedoch nicht regelt, welche Rechtsfolgen deren fruchtloser Ablauf haben soll. In der Rechtsprechung besteht Einigkeit darüber, dass die Krankenhäuser nach Ablauf der Frist an einem MDK-Prüfverfahren nicht mehr mitwirken und Behandlungsunterlagen nicht mehr übersenden müssen. Ob die Krankenkassen Abrechnungen dennoch kürzen und die Überprüfung der Rechtmäßigkeit dieser Kürzung der Klärung in einem gerichtlichen Verfahren überlassen können, ist zurzeit noch offen. Die bisherige Rechtsprechung zu dieser Frage ist uneinheitlich. Die widerstreitenden Ansichten seien anhand zweier sozialgerichtlicher Entscheidungen dargestellt.

a) Rechtsauffassung des SozG Braunschweig

Das SozG Braunschweig vertritt in seiner Entscheidung vom 07.09.2010 – Az. S 40 KR 504/07 – die Auffassung, bei der Frist des § 275 Absatz I c Satz 2 SGB V handele es sich nicht um eine sog. „Einwen-

dungsausschlussfrist²“. Die erkennende Kammer begründet ihre Rechtsauffassung im Wesentlichen damit, dass ein Verständnis der Norm als Einwendungsausschlussfrist einerseits keine Stütze im Gesetz finde und andererseits ihrer Pflicht zur umfassenden Prüfung eines Behandlungsfalles widerspräche. Überdies würde diese Auslegung der Intention des Gesetzgebers, die Krankenhäuser von übermäßig vielen MDK-Prüfverfahren freizuhalten, nicht gerecht. Die Kammer führt weiter aus,

„die Krankenhäuser könnten Nachfragen der Krankenkassen wegen (vermeintlich oder tatsächlich) un schlüssiger Datenmeldung nach § 301 unbeantwortet lassen und sich nach 6 Wochen bei auch eklatant un richtiger Abrechnung auf den Einwendungsaus schluss berufen. Die Krankenkassen müssten dann, um keinen prozessualen Rechtsver lust zu erleiden, auch in allen Fällen, wo ihrer Ansicht nach einvernehmlich zu klären- de Missverständnisse oder Eingabefehler vorliegen oder die Sachlage auch ohne MDK- Beratung eindeutig ist, diesen umgehend mit einer Prüfung beauftragen.“

b) Rechtsauffassung des SozG Darmstadt

Das SozG Darmstadt geht in seiner Entscheidung vom 20.05.2010 – Az. S 18 KR 344/08 – gegenteilig davon aus, es handele sich bei der Frist des § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V um eine von Amts wegen³ zu beachtende Ausschlussfrist. Jegliche Einwendungen, die die medizinische Notwendigkeit betreffen, seien nach Fristablauf ausgeschlossen. Wenn eine Prüfung durch den MDK nicht mehr zulässig sei, könne die Krankenkasse keine medizinischen Einwendungen mehr vorbringen, weil sie kraft der Systematik des SGB V nicht über eigenen medizinischen Sachverstand verfüge. Vertiefend führt die Kammer aus,

„die Frist ist – anders als bspw. die Verjährung – von den Gerichten von Amts wegen zu beachten (Sieper GesR 2007, 446, 447). Eine Beschränkung der Frist auf die vorge richtliche Auseinandersetzung der Beteiligten ist dem Wortlaut nicht zu entnehmen. Sie ist auch nicht aus dem Sinn und Zweck der Vorschrift zu klären, die eine miss bräuchliche Verzögerung des Rechnungsprüfungsverfahrens zulasten des Krankenhau ses verhindern soll. Im Gegenteil würde der Gesetzeszweck gleichsam konterkariert werden, wenn sich die Krankenkasse durch Klageeinreichung über die im vorge richtlichen Verfahren eingetretene Präklusion hinwegsetzen könnte. Eine solche Beschrän kung der Präklusionswirkung⁴ wäre auch rechtspolitisch nicht erklärlich, weil sie die

² Eine **Ausschlussfrist** bewirkt, dass nach deren Ablauf die Handlung nicht mehr vorgenommen werden darf, die innerhalb der Frist hätte vorgenommen werden müssen; es tritt Verjährung ein.

³ Ist eine Frist durch das Gericht **von Amts wegen** zu beachten, so müssen Kläger und Beklagter den Ablauf der Frist nicht geltend machen. Das Gericht muss vielmehr von sich aus überprüfen, ob die Frist eingehalten wurde und die entsprechenden rechtlichen Folgerungen daraus ziehen.

⁴ Der Begriff **Präklusion** bedeutet, dass ein Vorbringen wegen Verspätung vom Gericht nicht mehr beachtet werden darf.

Belastung der Gerichte weiter verstärken würde und die Bemühungen der Beteiligten außergerichtliche Lösungen für Konflikte zu finden, verringern könnte.“

c) **Diskussion der widerstreitenden Entscheidungen**

Beide Kammern haben ihren Entscheidungen beachtliche Argumente für und gegen die Annahme einer Ausschlussfrist zugrunde gelegt. Jedoch sprechen die besseren rechtlichen und rechtspolitischen Erwägungen für die Jurisdiktion des SozG Darmstadt.

– Begrenzung der Prüfungskompetenz der Gerichte

Das SozG Braunschweig führt, der ständigen Rechtsprechung des BSG folgend, zutreffend aus, den Gerichten stünde eine umfassende Prüfungskompetenz zu. Es geht jedoch fehl in der Annahme, das Verständnis des § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V als Ausschlussfrist würde eben diese als Pflicht verstandene Prüfungskompetenz beschneiden. Der Fristablauf bewirkt, dass die Krankenkasse mit dem Einwand, eine Behandlung sei medizinisch nicht notwendig gewesen, präkludiert ist. Eben wegen der Präklusion hat sich die Krankenkasse selbst der umfassenden Prüfung durch das Gericht benommen. Bei gehöriger Geschäftsbesorgung wäre es ihr möglich gewesen, die großzügige Frist zu beachten. Ob die Nichteinhaltung der Frist darauf beruht, dass die Krankenkasse den Prüfauftrag zu spät erteilt, oder ob der MDK dem Krankenhaus die Einleitung des Prüfverfahrens zu spät anzeigt, ist unerheblich. Im Interesse der Rechtssicherheit müssen sich die Krankenhäuser darauf verlassen können, dass eine Beanstandung einer Abrechnung innerhalb der Frist erfolgt und ein Schweigen während der Frist bedeuten soll, dass die Abrechnung akzeptiert werde. Als Konsequenz daraus entbindet die Krankenkasse das Gericht durch ihr vorprozessuales Verhalten von der Pflicht zur umfassenden Überprüfung der Notwendigkeit der Behandlung.

– Provokation des Fristablaufs

Auch den rechtspolitischen Erwägungen des SozG Braunschweig kann nicht gefolgt werden. Wenn es ausführt, die Krankenhäuser könnten ein fruchtloses Verstreichen der Frist provozieren, indem sie Anfragen der Krankenkassen wegen un schlüssiger Datenmeldungen unbeantwortet ließen und die Krankenkassen so zwingen, den MDK allein zur Fristwahrung auch in solchen Fällen einschalten zu müssen, so ist dem entgegenzuhalten, dass für dieses Verhalten zwei mögliche Konsequenzen bestehen. Zum einen könnten die Rechtsgedanken der Verjährungshemmung bei Verhandlungen des BGB herangezogen werden. Wenn ein Krankenhaus der Obliegenheit der Mitwirkung bei einer Anfrage der Krankenkasse nicht nachkommt, verschuldet sie es selbst, wenn eine Hemmung der Verjährung eintritt. Auf jeden Fall dürfte das unterstellte Verhalten jedoch treuwidrig im Sinne des § 242 BGB sein, was ein Berufen auf den Fristablauf für die Zeit des rechtsmissbräuchlichen Verhaltens unmöglich machen dürfte. Die Kammer berücksichtigt bei Ihrer Betrachtung nicht, dass auch Krankenkassen sich das Verstreichenlassen der Frist

dadurch zunutze machen könnten, dass sie Rechnungen ohne Prüfung durch den MDK kürzen und darauf spekulieren könnten, Krankenhäuser würden aus ökonomischen Erwägungen heraus nicht klagen. Wie sich zeigt, ist die Unterstellung rechtsmissbräuchlichen Verhaltens wenig hilfreich, um die Frage nach dem Vorliegen einer Ausschlussfrist zuverlässig zu beantworten.

- Präklusion durch Fristablauf

Die Antwort findet sich, wie schon angedeutet, in der Rechtsprechung des SozG Darmstadt, das aus systematischen Erwägungen heraus zurecht davon ausgeht, die Krankenkassen könnten wegen mangelndem eigenem medizinischen Sachverstandes (oder zumindest wegen Unkenntnis der Behandlungsdokumentation) nicht darüber befinden, ob eine Abrechnung ordnungsgemäß sei. Wie bereits dargestellt, müssen die Krankenkassen zur Klärung der Frage, ob die tatsächlichen Voraussetzungen für die in Rechnung gestellten Leistungen vorliegen, den MDK einschalten. Die auf diese Anfrage hin ergehende Antwort ermöglicht es den Krankenkassen erst, die Rechtmäßigkeit der Abrechnung zu überprüfen und ggf. zu verneinen. Wenn die Krankenkassen in der vom Gesetzgeber dafür vorgesehenen Frist keinen Gebrauch von ihrem Prüfungsrecht machen, kann das nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen, indem die Rechtmäßigkeit einer Abrechnung erst in einem weit kostenaufwendigeren Gerichtsverfahren geprüft werden muss. Nur am Rande sei erwähnt, dass die Auffassung, es handele sich bei § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V nicht um eine Ausschlussfrist, ein gewisses Risiko für eine erhöhte Belastung der Gerichte birgt, von den ökonomischen Folgen für Krankenhäuser und Krankenkassen und damit für das gesamte Gesundheitssystem einmal abgesehen.

d) Stellungnahme

Die Autoren sehen ihre bisher dargestellten Rechtsauffassungen in dem Urteil des SozG Darmstadt bestätigt und folgen der Ansicht, dass § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V als Ausschlussfrist zu verstehen ist. Dieses Verständnis würde im Rechtsverkehr zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und MDK zu vermehrter Rechtssicherheit führen. Krankenhäuser könnten sich darauf einstellen, dass Abrechnungsfälle, die nicht innerhalb der Frist und in der vorgeschriebenen Form beanstandet werden, von den Krankenkassen (stillschweigend) endgültig akzeptiert werden. Die Praxis hat gezeigt, dass die vom Gesetzgeber vorgesehene Frist von 6 Wochen lang genug ist, um ein Prüfverfahren einzuleiten und dessen Einleitung anzuzeigen. Der Aufwand für Krankenkassen und MDK ist auch nicht als groß zu bewerten. Wegen des weiten Beurteilungsspielraumes bedarf es auf Seiten der Krankenkassen keiner aufwendigen Prüfung, und der MDK wird seiner Anzeigepflicht letztlich damit genügen, dass er eine Abschrift des Prüfauftrages an die betreffenden Krankenhäuser weiterleitet. Sollte die Frist gleichwohl als zu kurz empfunden werden, wäre im Interesse der Rechtssicherheit eine Verlängerung dieser Frist den Unwägbarkeiten eines Klageverfahrens ohne vorheriges MDK-Prüfverfahren vorzuziehen. Für die Annahme einer Ausschlussfrist spricht auch die Tatsache, dass das Formerfordernis einzuhalten „ist“ (vgl. § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V).

Rechtstechnisch handelt es sich um eine „Muss-Vorschrift“, von der auch im Einzelfall nicht abgewichen werden kann. Die für die Praxis letztendlich maßgebenden Entwicklungen in der Rechtsprechung bleiben abzuwarten.

2. Akteneinsicht, Aktenübersendung

Haben Krankenkassen und MDK die 6-Wochen-Frist eingehalten, wird es erforderlich werden, dass die gesamte oder, nur in Einzelfällen, Teile der Behandlungsdokumentation dem MDK zugänglich gemacht werden müssen, damit dieser seine Fallprüfung durchführen kann. Inzwischen ist es ständige Rechtsprechung, dass die Krankenhäuser die Behandlungsdokumentation dem MDK zugänglich machen müssen. In Anlehnung an die in Fragen der Aktenübersendung instruktive Entscheidung des BSG vom 22.04.2009 – Az. B 3 KR 24/07 R – seien nachfolgend die rechtlichen Voraussetzungen und Problemfälle dargestellt:

Nach zutreffender Auffassung des 3. Senats des BSG hat das Krankenhaus

„als Grundlage des Prüfverfahrens [...] im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen Angaben zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind.“

Rechtsgrundlage für die Auskunftspflicht der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen ist § 100 Absatz I Satz 3 SGB X mit den Einschränkungen in den Absätzen I Satz 1 Nr. 1, 2 und II. Danach haben die Krankenkassen als Leistungsträger grundsätzlich einen Auskunftsanspruch gegenüber den Krankenhäusern als Leistungserbringern, sofern nicht die genannten Einschränkungen eingreifen. Die Problematik der Selbstbelastung des Arztes in Absatz II ist nicht Gegenstand dieses Beitrages. Eine schriftliche Einwilligung nach Absatz I Satz 1 Nr.2 werden die Krankenkassen in der Regel nicht von den Versicherten einholen. Es bleibt als Einschränkung des Auskunftsanspruchs der Krankenkassen der Fall des § 100 Absatz I Satz 1 Nr.1 SGB X, wonach die Erteilung der Auskunft gesetzlich zugelassen sein muss. Nach der Entscheidung des 3. Senats sind im Rahmen eines Abrechnungsprüfungsverfahrens Zeitpunkt und Umfang der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten der Beteiligten bei der Sachverhaltserhebung in drei Stufen zu ermitteln.

a) § 301-Datensatz

Im Sinne des § 100 Absatz I Satz 1 Nr.1 SGB X gesetzlich zugelassen ist auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung, die Übermittlung der in § 301 Absatz I Satz 1 SGB V genannten Daten durch die Krankenhäuser an die Krankenkassen. Die dort abschließend und enumerativ aufgelisteten Informationen stellen aus sozialdatenschutzrechtlichen Gründen die äußere Grenze dessen dar, was die Kranken-

kassen über einen konkreten Behandlungsfall wissen sollen und dürfen. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers sind dies die Angaben, die die Krankenkassen benötigen, um die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zumindest vorläufig beurteilen zu können.

b) Einleitung eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs. I Nr.1 SGB V

Erschließen sich auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen der Krankenkassen aufgrund der Angaben des § 301-Datensatzes nicht, so ist ein Prüfverfahren gemäß § 275 Absatz I Nr.1 SGB V durch den MDK einzuleiten. Dazu sind dem MDK gemäß § 276 Absatz I Satz 1 SGB V zunächst von den Krankenkassen die ihnen zur Verfügung stehenden Behandlungsdaten vorzulegen. Dies sind insbesondere die Informationen des § 301-Datensatzes, aber unter Umständen auch Informationen aus vorangegangenen Abrechnungsfällen.

c) Auskunftspflicht der Krankenhäuser nach § 276 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V

Ist ein MDK-Verfahren fristgerecht eingeleitet und angezeigt worden, haben die Krankenhäuser auf der dritten Stufe an der weiteren Sachverhaltserhebung durch Überlassung der Behandlungsdokumentation mitzuwirken. Rechtsgrundlage für diese Mitwirkungspflicht ist § 276 Absatz II Satz 1 Halbsatz 2 SGB V. Danach sind die Krankenhäuser als Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die Prüfung und gutachterliche Stellungnahme erforderlich ist. In der Regel wird dies die gesamte Behandlungsdokumentation sein, um einen Behandlungsfall umfassend würdigen zu können.

d) Zwischenschaltung der Krankenkassen bei Übermittlung der Behandlungsdokumentation

In diesem Zusammenhang erscheint die Rechtsprechung fragwürdig, die davon ausgeht, dass die Krankenkassen Behandlungsunterlagen zur Weiterleitung an den MDK anfordern können sollen. Es mag sozialdatenschutzrechtlich unbedenklich sein, den Krankenkassen Behandlungsdokumentationen dergestalt zu übersenden, dass sie sie, ohne selber Einsicht nehmen zu können, an den MDK weiterleiten. Nachdem aber die Rechtsprechung selbst festgestellt hat, dass die Krankenkassen nicht über den erforderlichen medizinischen Sachverstand verfügen, ist fraglich, auf welcher Grundlage sie entscheiden können sollen, ob die Übersendung der gesamten oder ausnahmsweise nur die Übersendung eines Teils der Behandlungsdokumentation erforderlich im Sinne des § 276 Absatz II Satz 1 Halbsatz 2 SGB V ist. Das Problem ist deshalb virulent, weil die Krankenhäuser wegen des Sozialdatenschutzes mehr Daten als erforderlich nicht übersenden dürfen. Was erforderlich ist, kann und muss nach § 276 Absatz II Satz 1 Halbsatz 2 SGB V allein der MDK beurteilen. Die Erforderlichkeitsprüfung durch den MDK sollte dieser den Krankenhäusern gegenüber begründen, damit sie ihrerseits die Möglichkeit haben, die Rechtmäßigkeit der Anforderung zu überprüfen. Dieses Überprüfungsrecht muss den Krankenhäusern zugestanden werden,

zumal sie es sind, die mit Übersendung von Behandlungsdokumentationen Gefahr laufen, die berechtigten Interessen der Versicherten auf Schutz ihrer Daten zu verletzen und sich damit unter Umständen vorwerfen lassen müssen, ordnungswidrig gehandelt zu haben.

e) Schlussfolgerungen

Es darf von den am Prüfverfahren beteiligten Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK nicht übersehen werden, dass die vorstehend besprochenen Regelungen zum Schutz und im Interesse des Versicherten implementiert wurden. Eine „großzügige Handhabung“ dieser Regelungen steht keinem der Beteiligten zu. Versicherte werden in der Regel gar nicht wissen, wie mit ihren Sozialdaten verfahren wird und haben deshalb keine Möglichkeit ihre Rechte auf Sozialdatenschutz selber zu verteidigen. Die Beachtung des grundrechtlich geschützten Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten liegt allein in den Händen der am MDK-Verfahren Beteiligten. Diese haben die Interessen der Versicherten stets und peinlich genau zu wahren.

Um den Anspruch auf Sozialdatenschutz der Patienten weiter zu stärken, aber auch um das MDK-Verfahren klarer und einfacher zu gestalten, wäre es wünschenswert, wenn die Rechtsprechung entscheidet, dass die über den § 301-Datensatz hinausgehende Behandlungsdokumentation nur noch vom MDK angefordert und auch nur an diesen unmittelbar übersandt werden darf. Dafür spricht auch, dass der Gesetzgeber diesen Weg der Datenübermittlung zu bevorzugen scheint, wenn er in § 276 Abs. II Satz 1 Halbsatz 2 SGB V anordnet, sie habe „unmittelbar“ von Krankenhaus zu MDK zu erfolgen, wenn der MDK die Behandlungsdokumentation anfordert. Es ist nicht einzusehen, warum die Unmittelbarkeit entfallen soll, wenn eine Krankenkasse aus vermeintlich eigener Kompetenz Daten für den MDK anfordert. Der MDK muss häufig weitere Daten nachfordern, um seinen Prüfauftrag erfüllen zu können. Die dadurch entstehende Verfahrensverzögerung kann nicht wünschenswert sein. Auch hier bleiben die weiteren Entwicklungen in der Rechtsprechung abzuwarten.

3. Zeitnahe Durchführung der Prüfung, § 275 Absatz I c Satz 1 SGB V

Der Gesetzgeber hielt eine „zeitnahe“ Durchführung der fristgerecht eingeleiteten MDK-Prüfung für wünschenswert und schrieb diesen Wunsch in § 275 Absatz I c Satz 1 SGB V nieder, ohne zu bestimmen, was er sich darunter vorstellt und welche Folgen es haben soll, wenn eine zeitnahe Durchführung nicht stattfindet.

a) Sozialverwaltungsverfahrenrechtliche Vorüberlegungen

Das Verfahren nach § 275 Absatz I Nr.1 SGB V ist kein Sozialverwaltungsverfahren im Sinne des SGB X. Zur näheren Bestimmung des Begriffs „zeitnahe“ muss erneut auf allgemeine sozialverwaltungsverfah-

rensrechtliche Grundsätze zurückgegriffen werden. Dazu können die Rechtsgedanken des § 9 Satz 2 SGB X herangezogen werden, die normieren, dass ein Verwaltungsverfahren:

„einfach, zweckmäßig und zügig durchzuführen [sei]“.

Es stellt sich die Frage, ob mit dem Begriff „zeitnahe“ allein das sog. „Zügigkeitsgebot“ des § 9 Satz 2 SGB X übernommen werden soll. Die Entstehungsgeschichte des Zügigkeitsgebotes spricht dafür, dass die nachfolgend dargestellten Gebote insgesamt auch für das MDK-Verfahren anwendbar sein sollen.

b) Beschleunigungs- und Effektivitätsgebot

Dem Verwaltungsverfahren ist seit jeher eigen, dass es einfach und zweckmäßig durchzuführen ist, zugleich auch zügig und kostensparend. Diese Verfahrensziele werden unter den Begriffen des Beschleunigungs- und Effektivitätsgebotes zusammengefasst. Sie sollen einerseits zur Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit der Verwaltung führen, liegen andererseits freilich auch im Interesse der Bürger, die zügig eine Entscheidung der Verwaltung erhalten und gegebenenfalls um Rechtsschutz gegen die Entscheidung nachsuchen können sollen.

– Zügig und kostensparend

Bei den an der Abrechnung einer Krankenhausleistung Beteiligten liegen die Interessen nicht anders. Die Krankenkassen werden eine Entscheidung über die Rechtmäßigkeit einer Abrechnung ressourcenschonend herbeiführen wollen. Je schneller einzelne Fälle erledigt werden, desto eher können die Mitarbeiter neue Fälle bearbeiten. Sie werden also in der Regel mit möglichst geringem Personal- und Zeitaufwand einzelne Abrechnungen prüfen und den in Rechnung gestellten Betrag zur Anweisung freigeben. Nur in den geeigneten Fällen – also bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit einzelner Abrechnungen – werden sie weitere Ressourcen zur Einzelfallprüfung einsetzen. Durch diese weitergehende Prüfung und die damit einhergehende Verzögerung des Verfahrens wird nicht nur Personal innerhalb der Krankenkasse gebunden, sie setzt sich zudem dem Risiko aus, die Aufwandspauschale des § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V zahlen zu müssen. Durch die Beauftragung des MDK entstehen keine zusätzlichen Kosten, denn dessen Prüfung nach § 275 Absatz 1 SGB V wird über eine Umlage aller Krankenkassen finanziert (vgl. § 281 SGB V). Hier kann es lediglich mittelbar zu einer Kostensteigerung kommen, wenn sich wegen des Arbeitsanfalls beim MDK dessen Kosten erhöhen und damit der Anteil der Krankenkassen an der Umlage steigt.

Auch Krankenhäusern ist daran gelegen, eine Entscheidung möglichst schnell herbeizuführen, denn die zügige Prüfung der Abrechnung und Anweisung des Rechnungsbetrages durch die Krankenkassen dient der Erhaltung ihrer Liquidität. Werden MDK-Verfahren von den Krankenkassen eingeleitet, so entstehen bei den Krankenhäusern ungleich höhere Personal- und Zeitaufwände durch die in der Regel anfallenden Widersprüche und deren Begründungen. Zeigt sich, dass ein MDK-Widerspruchsverfahren nicht zu einer

Einigung führen wird, so ist nicht zuletzt aus ökonomischen Erwägungen eine Entscheidung herbeizuführen. Ist eine wie auch immer geartete Entscheidung in der Welt, eröffnet sich für die Krankenhäuser die Möglichkeit, nach Beurteilung und Abwägung der Sach- und Rechtslage im Einzelfall, gerichtlichen Rechtsschutz gegen die Entscheidung geltend zu machen.

- **Einfach und zweckmäßig**

Die Merkmale der Einfachheit und Zweckmäßigkeit des Verfahrens sind, wenn auch ebenfalls grundsätzlich begrüßenswert, nicht ohne Weiteres auf das MDK-Verfahren zu übertragen. Einfach und zweckmäßig wäre es, könnten die Krankenkassen selber, medizinischen Sachverstand vorausgesetzt, auch über die tatsächlichen Voraussetzungen der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung entscheiden. Damit würde der MDK als „dritte Instanz“ ausgeschaltet und das Verfahren erheblich vereinfacht. Wie sich gezeigt hat, stehen dem jedoch die der Einfachheit des Verfahrens vorrangigen sozialdatenschutzrechtlichen Interessen der Patienten gegenüber, die eine derartige Verfahrensvereinfachung nicht zulassen. Gleichwohl würde es zweifellos zu einer Vereinfachung des Verfahrens führen, wenn die Rechtsprechung z.B. klarstellte, dass die Behandlungsdokumentation ohne den Umweg über die Krankenkassen nur vom MDK angefordert und an diesen unmittelbar versandt werden dürfe. Der dadurch erreichte Zeitgewinn mag im Einzelfall gering erscheinen, dürfte aber in der Summe aller Fälle beachtlich sein.

c) **Zügigkeitsgrundsatz**

Obwohl die zügige Durchführung eines Verwaltungsverfahrens schon im Beschleunigungs- und Effektivitätsgebot angelegt sind, sah sich der Gesetzgeber in den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts veranlasst, die „zügige Durchführung“ des Verfahrens eigenständig zu normieren und auch in das Sozialverwaltungsverfahren zu übernehmen (vgl. § 9 Satz 2 SGB X). In der Praxis hat diese Ergänzung zu keinen nennenswerten Änderungen geführt. Dennoch seien die Einzelheiten des Zügigkeitsgrundsatzes kurz erläutert.

Der Zügigkeitsgrundsatz verpflichtet zur Entscheidung binnen angemessener Frist, was die Frage aufwirft, wie diese Frist zu bemessen ist.

- **Entscheidung binnen angemessener Frist**

Die Pflicht, ein Verfahren alsbald zu erledigen, spricht für sich selbst. Die zügige Entscheidung liegt in den oben dargestellten Interessen aller Beteiligten und erwächst dadurch zumindest zur Obliegenheit, als den Krankenhäusern die Möglichkeit der Inanspruchnahme gerichtlichen Rechtsschutzes nicht durch ein überlanges MDK-Verfahren erschwert werden darf. Andererseits muss den Krankenkassen genügend Zeit eingeräumt werden, um eine ordnungsgemäße Entscheidung über einzelne Abrechnungen treffen zu können.

- **Bemessung der Frist**

Welche Frist angemessen ist, ist nach den Umständen des konkreten Einzelfalls zu beurteilen. Dabei ist zu differenzieren:

Liegen den Krankenkassen die Stellungnahmen des MDK vor, so ist davon auszugehen, dass der medizinischen Beurteilung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung keine umfangreichen Abwägungen mehr im Wege stehen, so dass eine Entscheidung kurzfristig ergehen und dem Krankenhaus mitgeteilt werden kann.

Da der Zügigkeitsgrundsatz auch auf die Arbeit des MDK zu übertragen sein wird, gilt für diesen, dass in angemessener Frist zu entscheiden ist. Die Bemessung der Frist ist jedoch problematisch. Hier kommt es auf die Umstände des konkreten Einzelfalls an. In einem komplizierten Behandlungsfall mit umfangreicher Dokumentation werden Begutachtung und Stellungnahme mehr Zeit in Anspruch nehmen, und entsprechend ist die Frist großzügiger zu berechnen. Die Frist für die Stellungnahme verlängert sich auch dadurch, dass Krankenhäuser der Auffassung des MDK widersprechen. Dann wird der MDK einen Behandlungsfall unter Berücksichtigung der Widerspruchsbegründungen der Krankenhäuser erneut prüfen. Die Bemessung der Frist ist also auch davon abhängig, in welchem Maße Krankenhäuser Zeit für ihre eigene Widerspruchsbegründung in Anspruch nehmen, wobei der Zügigkeitsgrundsatz auch dafür gelten wird. Damit ist auch den Krankenhäusern aufgetragen, die Abläufe ihres Medizincontrollings so einzurichten, dass es dort ebenfalls nicht zu vermeidbaren Verzögerungen kommt.

- **Stellungnahme**

Nachdem der in Satz 1 zum Ausdruck kommende Zügigkeitsgrundsatz als allgemeiner Verfahrensgrundsatz schon vor Aufnahme in § 275 SGB V angelegt war, bedurfte es seiner ausdrücklichen Normierung grundsätzlich nicht. Gleichwohl ist er mehr als ein bloßer Programmsatz, so er den Verfahrensbeteiligten eine ihrer wesentlichen Pflichten vor Augen hält.

d) Verletzung der Grundsätze

Ob die sozialverwaltungsrechtlichen Rechtsschutzmöglichkeiten im Falle einer Verletzung der vorstehenden Grundsätze ebenfalls übertragbar sind, erscheint problematisch. Sie sind stark auf echte Sozialverwaltungsrechtsverhältnisse zwischen Bürger und Verwaltung zugeschnitten, die hier gerade nicht vorliegen. Das Sozialverwaltungsrecht kennt für die Verletzung von Verfahrensgrundsätzen indes folgende Rechtsschutzmöglichkeiten:

- **Untätigkeitsklage**

Die sog. Untätigkeitsklage nach § 88 SGG kann erhoben werden, wenn es zu einer sachlich nicht begründeten Verzögerung einer Entscheidung kommt. Diese Klageart ist jedoch darauf ausgerichtet, dem der Verwaltung untergeordneten Bürger die Möglichkeit zu geben, die Verwaltung „zur Tätigkeit zu zwingen“. Diese Unterordnung liegt bei den Krankenhäusern nicht vor, weshalb die Möglichkeit der Erhebung einer Untätigkeitsklage meist abzulehnen sein wird.

- **Echte Leistungsklage**

Sollte der Fall eintreten, dass sich eine Krankenkasse durch unbegründete Verfahrensverzögerungen beharrlich weigert, den für einen Behandlungsfall in Rechnung gestellten Betrag zu begleichen, kommt als Rechtsschutzmöglichkeit, wie auch bei der fehlerhaften Abrechnung, die echte Leistungsklage nach § 54 Absatz V SGG in Betracht. Verweigert sich die Krankenkasse der Fallprüfung, wird diese dem Gericht übertragen, das feststellen wird, inwieweit die Abrechnung rechtmäßig ist. Weiterhin wird es in seinem Urteil aussprechen, welchen Betrag die Krankenkasse zu zahlen hat. Wegen einer Verfahrensverzögerung auf Leistung zu klagen sollte die Ausnahme bleiben. Solange die Verfahrensverzögerung und ein daraus resultierender Schaden für das Krankenhaus nicht evident sind, wird es an dem für die Klage erforderlichen Rechtsschutzinteresse fehlen. Sieht das angerufene Sozialgericht eine Verfahrensverzögerung nicht, wird es zu dem Ergebnis kommen, dass die unmittelbare Auseinandersetzung mit der betreffenden Krankenkasse der einfachere, dem Klageverfahren vorzuziehende Weg sei, die begehrte Begleichung der aufgemachten Forderung zu erreichen.

Verweigert die Krankenkasse die Begleichung der Forderung endgültig oder zahlt sie einen zu geringen Betrag, ist das Rechtsschutzinteresse des Krankenhauses freilich unproblematisch zu bejahen und die Leistungsklage zulässig.

- **Schadensersatzansprüche**

Die gerichtliche Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen ist angesichts der Regelung des § 275 Absatz I c Satz 3 SGB V nicht unproblematisch. Die Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro soll den Schaden der Krankenhäuser begleichen, der entsteht, wenn eine Abrechnungsprüfung nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages geführt hat. Ein weiterer Schaden, der durch die Verzögerung des Verfahrens eingetreten sein mag, wird durch die Aufwandspauschale regelmäßig abgedeckt sein.

Ein Schadensersatzanspruch kommt allenfalls dann in Betracht, wenn die Prüfung durch den MDK zu einer Minderung des Rechnungsbetrages geführt hat. Wegen der Höhe des Schadens ist zu differenzieren. Der Schaden, der durch das MDK-Verfahren entstanden ist, soll gerade nicht ersetzt werden müssen, denn dessen Ersatz richtet sich allein nach § 275 Absatz I c Satz 3 SGB V. Es bliebe allein ein möglicher

Schaden durch die Verzögerung des Verfahrens. Dieser mag in einem über das MDK-Verfahren hinausgehenden Einsatz personeller und sächlicher Mittel und einem Zinsschaden bestehen. Dieser Schaden dürfte jedoch nicht ohne Weiteres zu berechnen und sollte zudem so gering sein, dass eine gerichtliche Geltendmachung unter Beachtung des Prozess- und Kostenrisikos nicht lohnend erscheint.

e) **Schlussfolgerung**

Bei Beachtung der Besonderheiten der Rechtsverhältnisse zwischen Krankenhäusern, -kassen und MDK, insbesondere aber den Grundsätzen des Sozialdatenschutzes, spricht nichts dagegen, für die Auslegung des Begriffs der „zeitnahen Durchführung“ des MDK-Verfahrens gemäß § 275 Absatz 1c Satz 1 SGB V die Grundsätze des § 9 Satz 2 SGB X heranzuziehen. Eine genaue Fristbemessung lässt sich damit indes nicht erreichen. Die Heranziehung der vorstehenden Grundsätze mag aber hilfreich sein, die äußere Gestalt des MDK-Verfahrens zu konkretisieren. Auch wegen der nur begrenzten Rechtsschutzmöglichkeiten dürfte die praktische Bedeutung der Kodifizierung der „zeitnahen“ Durchführung der Prüfung gering sein.

4. **Aufwandsentschädigung, § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V**

§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V gewährt den Krankenhäusern eine Aufwandspauschale, wenn eine Abrechnungsprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat.

a) **Historie der Regelung**

Nach Einführung des § 275 SGB V hat sich dem Gesetzgeber, wenn auch zögerlich, der Verdacht aufgedrängt, dass die Krankenkassen das Instrument des MDK-Verfahrens

„in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung [nutzen].“

- Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/3100, S. 171 -

Dem wollte er dadurch entgegenwirken, dass er § 275 Absatz 1c Satz 3 in das SGB V einfügte. Zur Begründung führte er aus:

„Um einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenzuwirken, wird mit Satz 3 eine Aufwandspauschale von 100 Euro eingeführt. Diese ist von der prüfungseinleitenden Krankenkasse an das Krankenhaus zu entrichten. Die Aufwandspauschale ist nach Satz 3 für alle diejenigen Krankenhausfälle zu zahlen, in denen die Einzelfallprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages durch die Krankenkasse führt. Die Verpflichtung zur Zahlung einer Aufwandspauschale durch die Krankenkasse entsteht somit grundsätzlich unabhängig davon, ob eine

Rechnung bereits beglichen ist oder nicht. Das betroffene Krankenhaus hat der jeweiligen Krankenkasse die Aufwandspauschale in Rechnung zu stellen; zur Vermeidung unnötigen bürokratischen Aufwands ggf. in Form einer Sammelrechnung.“

- Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/3100, S. 171 -

Der Bundesrat kam in seiner Erwiderung auf das Gesetzesvorhaben erstaunlicherweise zu einem ganz anderen Ergebnis, dass sich aber nicht durchzusetzen vermochte. Er vertrat die gegenteilige Auffassung mit der folgenden Begründung:

„Die bisherigen Prüfungen durch die Medizinischen Dienste zeigen schon heute eine gute Fallauswahl der Krankenkassen, die einen sehr hohen Anteil von weit über 40 Prozent fehlcodierter Fälle zeigen.

[...]

Die Einführung eines „Sanktionsbetrages“ wäre kontraproduktiv, weil er die Prüfung und deren Wirkungen ausschließlich an ökonomischen Kriterien misst. Hinzu kommt, dass die Einführung einer Aufwandspauschale Krankenhäuser und Krankenkassen mit erhöhtem Verwaltungsaufwand belasten würde.“

- Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/3950, S. 35 -

Schlussendlich ist Satz 3 in das Gesetz übernommen worden. Krankenhäuser erhielten hernach mit Wirkung vom 01.04.2007 eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro, wenn eine Abrechnungsprüfung nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages führte. Mit Wirkung vom 25.03.2009 ist dieser Betrag auf 300 Euro erhöht worden. Zu einer Änderung durch das GKV-FinG ist es entgegen dem Willen des Bundesrates (vgl. Bundesrat, Drucksache 581/10) nicht gekommen.

b) Regelungsgehalt

Der Wortlaut des § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V lautet in seiner aktuellen Fassung:

„Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.“

Satz 3 setzt voraus, dass die Prüfung eines konkreten, durch ein Krankenhaus in Rechnung gestellten Einzelfalles durch den MDK vorgenommen worden ist. Ausgangspunkt der Frage nach dem Anspruch der Krankenhäuser auf die Aufwandspauschale ist, ob der von den Krankenkassen ermittelte Rechnungsbetrag mit dem von den Krankenhäusern in Rechnung gestellten übereinstimmt oder geringer ist. Es findet

eine Risikoverteilung dergestalt statt, dass die Krankenkassen das Risiko tragen, die Aufwandspauschale zahlen zu müssen, wenn eine Prüfung zu dem Ergebnis führt, dass eine Krankenhausrechnung nicht zu beanstanden ist. Die Krankenhäuser tragen das Risiko, dass ihr „Mehraufwand“ nicht pauschalisiert erstattet wird, wenn ihre Abrechnungen tatsächlich nicht zutreffend waren.

– **1. Variante - Minderung des Abrechnungsbetrages**

Führt die Prüfung zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages, so ist die Aufwandspauschale von den Krankenkassen nicht zu entrichten. Dieses Ergebnis erscheint gerechtfertigt. Es liegt im Verantwortungsbereich der Krankenhäuser, die eigenen Leistungen ordnungsgemäß abzurechnen. Rechnen sie nicht zutreffend ab, so sind sie für den „Mehraufwand“ durch das von den Krankenkassen berechtigterweise eingeleitete MDK-Verfahren allein verantwortlich. Diesen „Mehraufwand“ hätten sie durch ordnungsgemäße Abrechnung vermeiden können.

– **2. Variante – keine Minderung des Abrechnungsbetrages**

In der Variante, dass ein Abrechnungsbetrag nach Prüfung durch den MDK nicht vermindert wird, realisiert sich das Risiko der Krankenkassen für unberechtigte Prüfungen die Aufwandspauschale entrichten zu müssen.

c) Rechtsprechung

Die Rechtsprechung hat zwei weitere Varianten ausgemacht. Zum einen sieht sie die Möglichkeit, dass sich der Rechnungsbetrag zwar nicht ändert, dieser jedoch durch eine andere DRG generiert wird, als vom Krankenhaus ermittelt, zum anderen, dass sich der Rechnungsbetrag nach Prüfung durch den MDK erhöht.

– **Unveränderter Rechnungsbetrag bei veränderter DRG**

Der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz hat in seinem Urteil vom 06.08.2009 – Az. L 5 KR 139/08 – entschieden, dass die Aufwandspauschale auch dann zu zahlen sei, wenn die Abrechnung der Krankenhausbehandlung zwar falsch war, die Prüfung durch den MDK jedoch nicht zu Minderung des Abrechnungsbetrags führt. Der Senat stützt seine Entscheidung auf den Wortlaut des § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V:

„Nach dem Wortlaut ist alleinige Voraussetzung des Anspruchs auf die Aufwandspauschale, dass die vom MDK durchgeführte Prüfung „nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags“ führt. Der Anspruch auf die Aufwandspauschale besteht also auch dann, wenn die Abrechnung zwar fehlerhaft war, die Korrektur des Fehlers aber nicht zu einer Minderung des (Gesamt-) Abrechnungsbetrags führt. Auch bei fehlerhafter

Abrechnung besteht der Anspruch auf die Aufwandspauschale somit, wenn die Prüfung nicht zu einer Änderung oder aber zu einer Erhöhung des Abrechnungsbetrags führt. Weitere Voraussetzungen, unter denen der Anspruch in diesen Fällen entfallen würde, nennt das Gesetz nicht. Der Wortlaut ist eindeutig und einer Auslegung nicht zugänglich.“

Er führt weiter aus:

„Der Gesetzgeber hat die Verpflichtung der Krankenkasse zur Zahlung der Aufwandspauschale ausdrücklich allein daran geknüpft, dass die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt. Er verfolgt damit unter Inkaufnahme von Detailungerechtigkeiten und Abrechnungsfehlern das legitime Ziel, die Zahl der Einzelfallprüfungen einzudämmen. Wenn das Krankenhaus seinen so begründeten Anspruch auf die Aufwandspauschale entsprechend dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut auch in Fällen geltend macht, in denen die Abrechnung zwar unrichtig war, die Prüfung jedoch nicht zu einer Minderung oder sogar zu einer Erhöhung des Abrechnungsbetrags zu[un]gunsten der Krankenkassen geführt hat, ist dies nicht als treuwidrig zu werten.“

Diese Entscheidung hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts auf die Revision der beklagten Krankenkasse in seinem Urteil vom 22.06.2010 – Az. B 1 KR 1/10 R – aufgehoben und entschieden, ein Krankenhaus könne die Aufwandspauschale – auch dann, wenn keine Verminderung des Abrechnungsbetrags eintrete – nicht beanspruchen, wenn die Krankenkasse durch eine fehlerhafte Abrechnung zur Einleitung des Prüfverfahrens veranlasst wurde.

Der Senat hält die Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten für auslegungsfähig und –bedürftig und stellt sich damit klar gegen das Wortlautargument des Landessozialgerichtes Rheinland-Pfalz. Er stellt nicht allein darauf ab, ob sich der Abrechnungsbetrag nach Durchführung des MDK-Verfahrens gemindert hat, sondern macht die Entscheidung davon abhängig, ob die Prüfung wegen einer fehlerhaften Rechnungslegung von dem Krankenhaus veranlasst wurde, oder ob sie sich nachträglich als überflüssig und nutzlos herausstellt. Der Senat führt dazu aus:

„Der Anspruch [des Krankenhauses] scheidet aus, weil die Beklagte jedenfalls durch eine nachweislich fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses veranlasst wurde, das Prüfverfahren nach § 275 SGB V unter Beteiligung des MDK einzuleiten. In derartigen Fällen löst § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V mit Blick auf die zentrale Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgebots und die den KKn zur Wahrung dieses Gebotes gesetzlich übertragenen Aufgaben keine Aufwandspauschale aus, selbst wenn sich der Gesamtabrechnungsbetrag für die Krankenhausbehandlung anschließend im Ergebnis nicht ver-

ringert. Eine isolierte aus dem Wortlaut abgeleitete Auslegung, dass schon die „nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags“ führende MDK-Prüfung einzige Voraussetzung für den Anspruch des Krankenhauses nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V ist, griffe dagegen zu kurz. Das folgt aus Sinn und Zweck der Regelung und ihrem funktionalen Zusammenspiel mit der Prüfpflicht nach § 275 Abs. 1 Nr.1 SGB V vor dem Hintergrund des gesamten Regelungszusammenhangs [...] und wird letztlich auch durch die Gesetzesmaterialien bestätigt [...].

Dem Bundessozialgericht ist zuzustimmen, wenn es die in § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V geregelten Tatbestandsmerkmale für nicht ausreichend hält, um den Anspruch auf die Aufwendungspauschale zu begründen. Zutreffend hat es im Wege der Auslegung ergänzend das sogenannte „Verursacherprinzip“ zur weiteren Anspruchsvoraussetzung erklärt. Das steht auch nicht im Widerspruch zum Willen des Gesetzgebers, der selbst in der Regelung des Satzes 3 eine Risikoverteilung vorgenommen hat, nach der die Krankenhäuser das Risiko der fehlerhaften Abrechnung und die Krankenkassen das Risiko der unnötigen Fallprüfung tragen. Ob eine Fallprüfung unnötig war, lässt sich nicht durch den Vergleich der durch Krankenhaus und Krankenkasse gegenüber gestellten Abrechnungsbeträge feststellen, denn es ist nicht der Abrechnungsbetrag, der die Krankenkasse zur Einleitung des MDK-Verfahrens veranlasst (und verpflichtet!), sondern Auffälligkeiten in der Abrechnung insgesamt, insbesondere in der Kodierung. Stellt sich im Laufe des MDK-Verfahrens heraus, dass die Kodierung fehlerhaft war, so haben sich die Auffälligkeiten, die die Krankenkasse in der Abrechnung gesehen hat, bestätigt und die pflichtgemäße Einleitung und Durchführung des MDK-Verfahrens war nicht unnötig. Damit hat sich das Risiko der Krankenkasse, ein unnötiges Prüfverfahren durchzuführen nicht verwirklicht. Indes hat sich das Abrechnungsrisiko des Krankenhauses verwirklicht, was einen Anspruch auf die Aufwendungspauschale nach dem „Verursacherprinzip“ ausschließt.

- Erhöhung des Abrechnungsbetrages

Der 5. Senat des Landessozialgericht Rheinland-Pfalz hat in seinem Beschluss über die Nichtzulassungsbeschwerde der beklagten Krankenkasse vom 09.07.2009 – Az. L 5 KR 90/09 NZB – entschieden, dass die Aufwandspauschale an die Krankenhäuser auch dann zu zahlen sei, wenn die Prüfung zu einer Erhöhung des Abrechnungsbetrages geführt habe. Der Senat stützt sich dabei in Anlehnung an seine oben skizzierte Rechtssprechung und das dort angeführte „Wortlautargument“ auf den Wortlaut des § 275 Absatz 1c Satz 3:

„Nach dem Wortlaut führt die Prüfung auch dann „nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags“, wenn sie zu einer Erhöhung des Abrechnungsbetrages führt. Dieser Wortlaut ist eindeutig und einer Auslegung nicht zugänglich.“

Ob das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz an dieser Rechtsprechung im Lichte der oben dargestellten Entscheidung des Bundessozialgericht vom 22.06.2010 – Az. B 1 KR 1/10 R – festhalten wird, ist fraglich. Die in § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V festgeschriebenen Voraussetzungen für den Anspruch auf die Aufwendungspauschale liegen unproblematisch zugunsten des klagenden Krankenhauses vor. Nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist jedoch auch das „Verursacherprinzip“ zu beachten. Danach kommt es eben nicht allein auf den „Vorher-Nachher-Vergleich“ der Abrechnungsbeträge an. Maßgeblich ist nach Ansicht des Bundessozialgerichts vielmehr, ob das Krankenhaus die Fallprüfung durch eine fehlerhafte Abrechnung oder die Krankenkasse diese durch einen unnötigen Prüfauftrag verursacht hat. Auch in dieser Fallvariante haben sich anfängliche Auffälligkeiten in der Abrechnung nach dem Ergebnis des MDK-Verfahrens als begründet herausgestellt. Die pflichtgemäße eingeleitete und durchgeführte Fallprüfung war also nicht unnötig. Es verwirklicht sich also das Abrechnungsrisiko des Krankenhauses, das einen Anspruch auf die Aufwandspauschale ausschließt. Hier mag erneut die Frage virulent werden, ob der MDK überhaupt prüfen darf, ob eine Abrechnung zu niedrig ausfällt. Das bejahende Ergebnis vorwegnehmend sei diesbezüglich auf die Ausführungen in Teil 3 dieses Beitrages, dort Seite 2f. verwiesen.

V. Schlussbemerkung

Auch wenn die gesetzlichen Regelungen über das MDK-Verfahren als unzulänglich empfunden werden mögen, zeigt sich, dass durch die tägliche Praxis der Krankenhäuser, Krankenkassen und den MDK gleichwohl ein gangbares Verfahren entwickelt wurde. Streitigkeiten im Einzelfall wird die Rechtsprechung entscheiden und so dazu beitragen, das Verfahren und die Rechte und Pflichten der Beteiligten zu konkretisieren, wie sie es bisher bereits maßvoll getan hat. Auch wenn zu hoffen ist, dass die Zahl der rechtlichen Probleme im Rahmen des MDK-Verfahrens mit der Zeit weniger werden mögen, so bleibt zu befürchten, dass sich die Zahl der Streitigkeiten über die tatsächlichen Voraussetzungen des Anspruchs auf die Aufwandspauschale oder des Abrechnungsbetrages insgesamt, nicht nennenswert verringern wird. Das ist jedoch nicht dem MDK-Verfahren geschuldet, sondern vielmehr dem überaus komplexen und komplizierten, viel Streitpotential bergenden DRG-Entgeltsystem.