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 (Bonn)[1]

Einführung in die rechtlichen Aspekte der Abrechnungsprüfung durch den MDK

- Teil 5 -

in Kooperation mit myDRG®

Fortsetzung des 4. Teils dieses Beitrages

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

Der Gesetzgeber hielt eine „zeitnahe" Durchführung der fristgerecht eingeleiteten MDK-Prüfung für wünschenswert und schrieb diesen Wunsch in § 275 Absatz Ic 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) Sozialverwaltungsverfahrensrechtliche Vorüberlegungen

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

---

[1]Der Autor Dr. Christoph Roos ist Fachanwalt für Sozialrecht und Arbeitsrecht. Zudem berät er schwerpunktmäßig Einrichtungen des Gesundheitswesen in Fragen des Medizin- und Arztrechts im gesamten Bundesgebiet
Der Autor Heiner Fey ist Diplomjurist, wissenschaftlicher Mitarbeiter von Dr. Christoph Roos, Krankenpfleger und klinische Kodierfachkraft

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 Ic Satz 3 SGB V zahlen zu müssen. Durch die Beauftragung des MDK entstehen keine zusätzlichen Kosten, denn dessen Prüfung nach § 275 Absatz I 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 Abrechung, 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 Ic 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 Ic 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 Ic 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 Ic Satz 3 SGB V

§ 275 Abs. Ic 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 Wiese zur Einzelfallsteuerung [nutzen]."

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

Dem wollte er dadurch entgegenwirken, dass er § 275 Absatz Ic 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 fehlkodierter 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 Ic 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 Rechtssprechung 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 Min-

derung des Abrechnungsbetrags führt. Der Senat stützt seine Entscheidung auf den Wortlaut des § 275 Absatz Ic 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 Abrechnungsbetrages 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. Ic 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 verringert. 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 Ic 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 Abrechung 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 Abrechungsrisiko 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 Ic 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 Ic Satz 3 SGB V festgeschriebenen Voraussetzungen für den Anspruch auf die Aufwendungspauschale liegen unproblematisch zugunsten des klagenden Krankenhauses vor. Nach der neueren Rechtssprechung des Bundessozialgerichts ist jedoch auch das „Verursacherprinzip" zu beachten. Danach kommt es eben nicht allein auf den „Vorher-Nachher-Vergleich" der Ab-

rechnungsbeträge 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.

Teil 4 dieses Beitrages