

Von der Abrechnung bis zur gerichtlichen Auseinandersetzung – Rechtliche Besonderheiten in MDK-Streitfällen

Claus Burgardt

ANWALTSKANZLEI STRÄTER
Kronprinzenstraße 20
53173 Bonn
Tel. : ++49-228-93454-0
Fax. : ++49-228-93454-54
Mail@KanzleiStraeter.de
www.KanzleiStraeter.de

Gliederung

- 1. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses**
- 2. Prüfung des Krankenhauses**
- 3. GKV-WSG**

Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses

Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die GKV

1. Rechtsgrundlage

§ 109 Abs. 4 SGB V (ggf. i. V. m. Pflegesatzvereinbarung nach § 112 II SGB V)

2. Voraussetzungen:

- Versicherteneigenschaft
- Beachtung der G-BA-Vorgaben
- Beachtung der Pflegesatzvereinbarung
- Stationäre Behandlungsbedürftigkeit

Fehlende Versicherteneigenschaft

1. Selbstzahlerklauseln

- Direktanspruch grundsätzlich (-)
- Ausnahme: Patient ohne Versicherungsschutz

2. Bedeutung der Kostenübernahmeerklärung

- Nur deklaratorisches Schuldanerkenntnis
- d. h. nicht bekannte Einwendungen sind nicht ausgeschlossen
- Sachgerechte Dokumentation muss vorliegen
- Wirkung (-), wenn Kostenübernahmeerklärung bedingt oder widerruflich ist

Stationäre Behandlungsbedürftigkeit - § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V - I

1. Grundsätzlich führt bereits die Aufnahme des Patienten zur Vergütungspflicht

2. Maßstab:

- Grundsätzlich begründet die vertretbare Beurteilung des aufnehmenden Krankenhausarztes den Anscheinsbeweis der Notwendigkeit
- Eine rein theoretisch ambulante (Weiter-) Behandlungsmöglichkeit genügt nicht, sondern es müssen konkrete Möglichkeiten genannt werden
- a. A. 1. Senat des BSG

Stationäre Behandlungsbedürftigkeit - § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V – II

Einwendungen der Krankenkasse gegen die stationäre Behandlungsbedürftigkeit als Erschütterung des Anscheinsbeweises:

- Nur substantiierte und einzelfallbezogene Einwände zulässig:
 - (-) bei Pauschalhinweis auf zu lange Verweildauern
 - (+) Diskrepanz zwischen Diagnose und Verweildauer
- Einhaltung des Überprüfungsverfahrens
 - Festschreibung in der Pflegesatzvereinbarung?
 - Einsichtsrecht in die Krankenhausbehandlungsunterlagen hat nur der MDK, nicht die Krankenkasse
 - MDK-Stellungnahme muss substantiiert und einzelfallbezogen sein

Verfahrensordnungsgemäße Geltendmachung von Einwänden durch die Krankenkasse

Maßgebend ist die Pflegesatzvereinbarung nach § 112 Abs. 2 SGB V

1. Überprüfung durch den MDK noch im Verlauf der Krankenhausbehandlung?
 - So früher der Berliner Vertrag
 - Kann nur gelten bei entsprechenden Ausschlussfristen in der Pflegesatzvereinbarung
2. Einbehalt nur bei Einhaltung der Verfahrensschritte in der Pflegesatzvereinbarung

Je nach Vertragslage berührt die Erhebung von Einwänden die Fälligkeit des Vergütungsanspruches des Krankenhauses nicht

Verrechnungsmöglichkeiten der Krankenkasse bei Überzahlung

1. Regelung in der Pflegesatzvereinbarung
2. Aufrechnung nach Vorschriften des BGB
è insbesondere genaue Bezeichnung von
Haupt- und Gegenforderung

Verjährung und Verzinsung des Vergütungsanspruches des Krankenhauses

1. Nach BSG gilt die 4-jährige Verjährungsfrist
2. Sie beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem
Fälligkeit eingetreten ist
3. Verzinsung des Vergütungsanspruches des
Krankenhauses?

„Wirtschaftlichkeitsprüfung“ des Krankenhauses

Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung

1. Primäre Fehlbelegung

- (-) bei falscher Versorgungsintensität
- (-) bei falscher Wahl des Behandlungsverfahrens

2. Sekundäre Fehlbelegung

3. Fehlkodierung/Fehlabrechnung

Kriterien für eine Fehlbelegung

1. Anteil von Kurzliegern (Substitution durch ambulante Behandlung?)
2. Anteil von Langliegern (Substitution durch Pflege?)
3. Pflegetypische Diagnosen (Substitution durch Pflege?)
4. „Fachfremde“ Aufnahmen (Abweichung vom Versorgungsauftrag?)

Überprüfungsmöglichkeiten durch die Krankenkassen

1. Einhaltung der Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA (§ 137 Abs. 2 SGB V)
2. (Einzel-)Prüferecht nach den Verträgen der LV der KVen mit der LKG auf Grundlage der Rahmenempfehlungen auf Bundesebene (§ 112 Abs. 1, Abs. 5 SGB V)
3. Gemeinsames Prüferecht durch die LV der KVen (einschließlich PKV) durch eigens bestellte Prüfer (§ 113 Abs. 1 SGB V)
4. Einzelprüferecht der Krankenkasse durch den MDK nach § 275 Abs. 1 SGB V
5. Gemeinsames Prüferecht der Krankenkassen durch MDK nach § 17 c Abs. 2 KHG nach Stichproben

Denkbare Sanktionen nach Prüfung

1. Konkrete Vergütungsabzüge
2. Gegebenenfalls pauschaliertes Ausgleichsverfahren (so § 17 c III KHG für 2003 und 2004)
3. Teilkündigung des Versorgungsvertrages (z. B. § 113 Abs. 3 SGB V)
4. Konsequenzen für die Budgetvereinbarung

Prüfrecht nach § 112 SGB V

1. Voraussetzung:
Gemeinsamer Vertrag zwischen LV der KKen mit der LKG
2. Vertragsgegenstand:
 - Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen
 - Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der KH-Behandlung
3. Besonderheiten:
 - Rahmenempfehlungen auf Bundesebene gehen vor
 - Anrufung der Landesschiedsstelle möglich

Überprüfungsrecht nach § 113 SGB V

1. Voraussetzungen:

- Prüfung durch LV der KVen und Landesaus-schuss der PKV gemeinsam
- Einvernehmliche Bestellung des Prüfers mit KH (notfalls durch Landesschiedsstelle)

2. Pflichten des KH:

- Vorlagepflicht von Unterlagen und
- Pflicht zur Auskunftserteilung

3. Besonderheiten:

- Gesamtprüfung der Betriebsführung
- Nicht anlassbezogen

Prüfrecht nach §§ 275 Abs. 1, 276 Abs. 4 SGB V

1. Voraussetzungen:

- Prüfung erfolgt durch Einzelkasse auf Grundlage eines Gutachtens des MDK
- Einzelfallbezogen, aber nicht anlassbezogen
Ausnahme: Abrechnungsprüfung

2. Besonderheiten:

- MDK hat Recht, Krankenunterlagen einzusehen und
- Versicherte zu untersuchen
- Ermöglicht umfassende Fehlbelegungs-kontrolle

Überprüfung der Qualitätssicherung

1. Grundlage:

Grundlage ist § 137 SGB V i. V. m. Richtlinien des G-BA

2. Gegenstand der Prüfung:

- Strukturqualität
- Fortbildungspflicht
- Mindestmengen
- Behandlungsmethoden

3. Konsequenzen:

- Vergütungsausschluss
- Vergütungsabschläge

Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG

1. Voraussetzung:

- Prüfung nur durch Einschaltung des MDK
- Nur durch die KKen gemeinsam
- Erfolgt verdachtsunabhängig

2. Besonderheiten:

- Einsicht in Krankenunterlagen
- Auskunftserteilungspflicht
- Versichertenbezogene Mitteilungspflicht an die Krankenkasse
- Pauschalisiertes Ausgleichsverfahren wird bevorzugt (2003 und 2004)
- Schlichtungsausschuss kann angerufen werden

Gemeinsamer Katalog von Kriterien (G-AEP)

1. **Definition von Kriterien, die bestimmend für die Notwendigkeit einer Krankenhausaufnahme sind**
2. **Anerkennung der ärztlichen Ermessensentscheidung?**
3. **Bezieht sich nur auf die primäre Fehlbelegung**

Recht zur Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung einer Behandlungsmethode?

1. **Seit dem 01.01.2000**
 - è **Geltung des § 137 c SGB V**
 - è **d. h. Ausschluss nur durch den G-BA**
2. **Rechtsprechung:**
 - è **BSG, U. v. 19.02.2003, B 1 KR 1/02 R (Magenband-OP)**

Vergütungsklage des Krankenhauses

1. Zuständig ist Sozialgericht
2. Richtige Klageart ist die Leistungsklage
3. Einstweiliger Rechtsschutz

GKV-WSG

GKV-WSG

1. Die Stichprobenprüfung nach § 17 c Abs. 2 KHG kann durch die Krankenkassen auch mehrheitlich verlangt werden
2. Ebenso wie in den Jahren 2003 und 2004 sollen zu hohe Abrechnungen des KH saldiert werden mit zu niedrigen Abrechnungen
3. Insgesamt erweitert das GKV-WSG die Möglichkeiten der Krankenhausversorgung

Ausweitung der Krankenhausversorgung I

1. Ambulante Versorgung durch die Krankenhausapotheke (§ 14 Abs. 7 Satz 1 ApoG)
 - è KH-Apotheke kann nun generell ambulante Krankenhauspatienten mit AM versorgen, wenn ein Vertrag nach § 129 a SGB V besteht
2. Erweiterung der AM-Versorgung durch das KH
 - è Bei Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist die Mitgabe von AM für maximal 3 Tage zulässig

Ausweitung der Krankenhausversorgung II

3. Erweiterung der ambulanten Krankenhausbehandlung nach § 116 b SGB V
 - Keine Bedarfsprüfung
 - Im Rahmen der Krankenhausplanung auf Antrag
 - Eigene Anschubfinanzierung durch Einbehalt von 0,5 % der stationären Vergütung (2007 und 2008); mit der Anschubfinanzierung dürfen nur 50 % der Kosten finanziert werden. Vertrag erforderlich
4. Integrierte Versorgung
 - è Krankenhäuser können generell im Rahmen von IV-Verträgen Leistungen ambulant nach § 116 b Abs. 3 SGB V erbringen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Claus Burgardt

- Rechtsanwalt -

ANWALTSKANZLEI STRÄTER

Kronprinzenstraße 20
53173 Bonn

Tel . : ++49- 228- 93454- 0

Fax. : ++49- 228- 93454- 54

Mail@KanzleiStraeter.de

www.KanzleiStraeter.de