

Remco Salomé

# Rechnungsprüfungen im Krankenhaus – Version 2022

MD-Management für Einsteiger  
und Fortgeschrittene

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## Der Autor



Remco Paul Salomé, Jahrgang 1959, ist Niederländer. Seit seinem Medizinstudium in Groningen (1986) wohnt und arbeitet er in seiner Wahlheimat Deutschland. Er war mehrere Jahre als Assistenzarzt in der Inneren Medizin, Chirurgie und Anästhesie tätig. Im Jahr 1996 schloss er die Facharztweiterbildung Anästhesiologie in der medizinischen Hochschule Hannover ab und arbeitete danach als Anästhesist.

Mit der Ankündigung des G-DRG-Systems änderte sich sein berufliches Leben. Er absolvierte erfolgreich ein Masterstudium Betriebswirtschaft an der Fachhochschule in Hannover und war nunmehr als Medizincontroller tätig. Er übernahm 2004 die Leitung des zentralen Medizincontrollings einer Krankenhausgruppe in Niedersachsen (proDIAKO). In dieser Funktion war er mit seiner Abteilung zehn Jahre lang für alle Rechnungsprüfungen der angeschlossenen Krankenhäuser zuständig (Outsourcing-Lösung).

Mit der so gewonnenen Kompetenz beschloss Herr Salomé, sich im Jahr 2013 mit der Medcontroller GmbH selbstständig zu machen. Sein regelmäßiger Blog ([www.medcontroller.de/news](http://www.medcontroller.de/news)) ist populär bei Mitarbeitern von Krankenhäusern, Krankenkassen und MD.

### **Kontaktdaten:**

**Remco Paul Salomé**

[r.salome@medcontroller.de](mailto:r.salome@medcontroller.de)

Remco Salomé

# **Rechnungsprüfungen im Krankenhaus – Version 2022**

MD-Management für Einsteiger und Fortgeschrittene

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-041948-3

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-041949-0

epub: ISBN 978-3-17-041950-6

# Inhalt

## Vorwort

## 1 Einleitung

## 2 Rechnungsprüfungen: SGB V und PrüfvV

- 2.1 Regelwerke für Rechnungsprüfungen im Krankenhaus
  - 2.1.1 Regelung des Verfahrens
  - 2.1.2 Gesetzliche Grundlagen: Welche Normen gelten für die Prüfung einer stationären Krankenhausrechnung?
- 2.2 Einleiten einer Rechnungsprüfung
  - 2.2.1 4-Monats-Frist
  - 2.2.2 Anfang der Frist
  - 2.2.3 Ende der Frist
  - 2.2.4 Stellenwert der Frist
  - 2.2.5 Umgehung der Frist durch Kostenträger
- 2.3 Das Vorverfahren
  - 2.3.1 Einleitung und Dauer des Vorverfahrens
  - 2.3.2 Der Falldialog
  - 2.3.3 Das Ende des Vorverfahrens
  - 2.3.4 Praktische Empfehlungen
- 2.4 Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD)
  - 2.4.1 Gründe für den MDK-Reform
  - 2.4.2 Die (Un)Abhängigkeit des Medizinischen Dienstes
  - 2.4.3 Beanstandung durch den MD
  - 2.4.4 Prüfquoten und Aufschläge

- 2.4.5 Einleitung einer MD-Prüfung
- 2.4.6 Der Prüfgegenstand
- 2.4.7 Versenden von Unterlagen – 8-Wochen-Frist
- 2.4.8 Zwischen Versand der Unterlagen und Eingang des Ergebnisses
- 2.4.9 Begehungen durch den MD
- 2.4.10 MD-Begehung vs. schriftliche Prüfungen
- 2.5 Erörterungsverfahren (§ 9 PrüfvV)
  - 2.5.1 Einleitung des Erörterungsverfahrens
  - 2.5.2 Austausch zwischen den Parteien
  - 2.5.3 Ende des Erörterungsverfahrens
  - 2.5.4 Dokumentation des Erörterungsverfahrens

### **3 Besonderheiten und Richterrecht**

- 3.1 Definition einer stationären Behandlung
  - 3.1.1 § 39 SGB V
  - 3.1.2 Rechtsprechung
- 3.2 Rechnungsänderungen
  - 3.2.1 Die Gesetzeslage
  - 3.2.2 Rechtsprechung
- 3.3 Vorstationäre Behandlung
  - 3.3.1 Gesetzliche Regelungen
  - 3.3.2 Vorstationäre Behandlung mit späterer stationärer Aufnahme
  - 3.3.3 Vorstationäre Behandlung ohne stationäre Aufnahme
  - 3.3.4 Vorstationäre Behandlung und »ambulantes Operieren«
  - 3.3.5 Vorstationäre Behandlung nach Stornierung eines stationären Falles
- 3.4 Nachstationäre Behandlung
- 3.5 Aufwandspauschalen
- 3.6 Fallzusammenführungen
- 3.7 § 301-Daten und Fälligkeit der Rechnung

### 3.8 Verwirkung und Verjährung von Forderungen

## **4 Die Praxis**

### 4.1 Einleitung

### 4.2 Sinn und Unsinn von Fallprüfungen

### 4.3 Praktische Ermittlung von Prüfquote und Aufschlagquote

#### 4.3.1 Situation vor 2022

#### 4.3.2 Situation seit 2022

### 4.4 Diagnosen- und Prozedurenkodierung

#### 4.4.1 Schlichtungsausschuss Bund

#### 4.4.2 Strukturprüfungen für Komplexbehandlungen

#### 4.4.3 Geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung: OPS 8-550

#### 4.4.4 Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-981.- und 8-98b.-)

### 4.5 Ambulantes Potenzial / untere Grenzverweildauer

#### 4.5.1 AOP: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe

#### 4.5.2 G-AEP

#### 4.5.3 Kostenübernahmeverweigerung und »Soziale Gründe«

#### 4.5.4 Tagesfälle

### 4.6 Wiederaufnahme wegen Komplikationen und »Fallsplitting«

### 4.7 Sekundäre Fehlbelegung

## **5 Die Sozialgerichtsklage**

### 5.1 Die Bedeutung von Gerichtsverfahren

### 5.2 Die Sozialgerichtsbarkeit

### 5.3 Urteile und Gerichtsbescheide

### 5.4 Berufung und Revision

### 5.5 Erledigung ohne Urteil oder Bescheid

### 5.6 Die Klageentscheidung

## 5.7 Vorbereitung einer Sozialgerichtsklage

**Anhang**

**Abbildungsverzeichnis**

**Tabellenverzeichnis**

**Literaturverzeichnis**

**Stichwortverzeichnis**

# Vorwort

Bereits im Jahr 2016 wurde die Idee zur Herausgabe eines Handbuches »Rechnungsprüfungen im Krankenhaus« geboren. Für die Fallverschlüsselung waren seit Einführung des G-DRG-Systems eine große Menge Publikationen verfügbar. Für die Bearbeitung von Rechnungsprüfungen (MD-Management) gab es kaum Hilfestellungen.

Die verschiedenen Fragestellungen und Problemfelder, die im MD-Management aufgeworfen werden, sind komplex und vielschichtig. Dieses Buch will der Komplexität der Materie gerecht werden.

Die vorherigen Auflagen des vorliegenden Buches trafen auf große Resonanz in der Krankenhauswelt und darüber hinaus. Offensichtlich trifft es den Nerv derjenigen, die sich mit der Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen befassen. Weil die Entwicklungen der Abrechnungsregeln und besonders der Rechtsprechung dazu dynamisch sind, altern die Informationen schnell. Aus diesem Grund werden weiter mit regelmäßigen Überarbeitungen neue Entwicklungen beleuchtet und auch komplett neue Themen eingeführt.

Die Corona-Pandemie bestimmte in den Jahren 2020 und 2021 unser Denken und Handeln. Besonders die Regelungen des MDK-Reformgesetzes wurden teilweise ausgesetzt bzw. mehrfach abgeändert. Aus diesem Grund wurde von einer Version 2021 dieses Buches abgesehen: Zu dynamisch waren die Entwicklungen. Es wäre schon bei der Drucklegung hoffnungslos veraltet gewesen.

Im Jahr 2022 kommen wir (hoffentlich) wieder in ein ruhigeres Fahrwasser. Die Reglementierung der Rechnungsprüfungen hat am 01.01.2022 viele Neuerungen erfahren, die hier inventarisiert und besprochen werden.

Dieses Buch lebt auch insbesondere durch die vielen Anregungen und Hinweise der Leser unserer Blogsite auf [medcontroller.de](http://medcontroller.de) und der zahllosen Teilnehmer meiner Seminare zum Thema MD-Management. Vielen Dank an alle, die durch ihre Eingaben geholfen haben, meine

Ausführungen zu fokussieren und vorhandene Wissenslücken zu schließen. Ohne Sie hätte ich dieses Buch nicht schreiben können.

Leser haben kritisch erwähnt, dass das Thema PEPP im Buch keinen großen Stellenwert hat. Diese Kritik ist nicht von der Hand zu weisen. Allerdings handelt es sich nicht um ein Versehen, sondern um eine bewusste Entscheidung. Im Bereich PEPP ist die Prüfquote gemeinhin deutlich niedriger als im somatischen

G-DRG-Bereich. Entsprechend ist weniger Rechtsprechung zum Thema vorhanden. Darüber hinaus gibt es kein eigenes Prüfsystem für PEPP. Daher haben wir beschlossen, dass PEPP keine »eigenen Kapitel« braucht.

Hannover, im Januar 2022

Remco Salomé

---

\* <https://www.medcontroller.de/news>.

# 1 Einleitung

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

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

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

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

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

Kapitel 4 ergänzt die beiden vorhergehenden Kapitel, indem es den praktischen Umgang mit den gesetzlichen Regelungen und dem Richterrecht darstellt. Hier werden für eine Reihe typischer Fallbeispiele die Argumentationsmöglichkeiten der Kostenträgerseite

und die Position der Leistungserbringerseite ausführlich besprochen. Aus Platzgründen ist es nicht möglich, sämtliche denkbaren Fallkonstellationen zu diskutieren. Es werden lediglich typische Beispiele behandelt, wie z. B. die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung.

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

## **2 Rechnungsprüfungen: SGB V und PrüfvV**

### **2.1 Regelwerke für Rechnungsprüfungen im Krankenhaus**

#### **2.1.1 Regelung des Verfahrens**

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

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

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

In der Folge sah sich die Sozialgerichtsbarkeit immer häufiger in der Rolle des Entscheiders. Eine Reihe von Grundsatzurteilen änderte die Prüfpraxis nachhaltig. Dabei etablierte sich vermehrt eine einseitige Dogmatik zum Schutz der Solidarkasse, also im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere seitdem der 1. Senat des BSG die alleinige Zuständigkeit für Vergütungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Gesetzlichen Krankenversicherungen innehat, fällt dieser durch eine eigenwillige Rechtsauslegung auf, die nicht

immer mit dem Gesetzestext konform geht. Diese Entwicklung sorgte für Unmut bei den Instanzgerichten, die einer offensichtlich rechtswidrigen Dogmatik des BSG nicht immer folgen wollen.

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

Die Selbstverwaltungspartner GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben den Auftrag bekommen, »das Nähere« für die Rechnungsprüfung zu regeln (§ 17c Absatz 2 KHG). Das Ergebnis ist die Prüfverfahrensvereinbarung, die viele Einzelheiten einer Fallprüfung beschreibt. Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung dabei ausdrücklich erlaubt, von den gesetzlichen Regelungen des SGB V abzuweichen. Eine weitere Gesetzesinitiative, das MDK-Reformgesetz, war nötig, um ein weiter eskalierendes Prüfverhalten der Kassen zu zügeln.

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

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

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

- Die handelnden Personen bei den Kassen und Krankenhäusern sehen sich durch die relativ praxisnah formulierte PrüfV gebunden. Die PrüfV in der ersten Fassung vom 18.07.2014 galt für Behandlungsfälle mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2015. Die zweite Fassung vom 03.02.2016 gilt für stationäre Aufnahmen ab dem 01.01.2017 und wurde zum 01.01.2020 und zum 01.04.2020

vorläufig ergänzt, um den Regelungen des MDK-Reformgesetzes und den gesetzlichen Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie gerecht zu werden. Seit 2022 (genau genommen für Behandlungen mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2022) gilt die neuste Fassung der PrüfvV.

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

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

#### **§ 275 SGB V Begutachtung und Beratung**

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

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

Hier ist also eine Prüfpflicht begründet, die mit »Auffälligkeiten« verknüpft ist. Welcher Art diese Auffälligkeiten sein können, lässt das Gesetz offen. Der Gesetzgeber gibt in der Begründung unterschiedlicher Gesetze zu erkennen, dass eine ungezielte Einleitung von Prüfungen verhindert werden soll. Mit »Auffälligkeit« ist wohl ein begründeter Anfangsverdacht gemeint:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

nicht bereits im Erörterungsverfahren geltend gemacht wurden.  
Weitere Informationen finden Sie in ► [Kap. 5](#) dieses Buches.

## **§ 8 KHEntgG Berechnung der Entgelte**

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

## **§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot**

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

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

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

Das Gericht hat hier der Rechtsprechung des 3. Senats widersprochen, die die Erfordernisse des Patienten in seinem organisatorischen/sozialen Umfeld in den Mittelpunkt stellte. Außerdem wurde die Amtsermittlungspflicht erweitert: *»Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen*

*notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen.«*

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

## **Private Kassen**

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

## **2.2 Einleiten einer Rechnungsprüfung**

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

Die gesetzliche Krankenversicherung hat das Recht und manchmal auch die Pflicht, eine Krankenhausrechnung zu prüfen. Grundlage dafür ist das SGB V (► [Kap. 2.1](#)), für Selbstzahler/Privatversicherte gelten die Regeln des BGB. Für die Gesetzliche Unfallversicherung gelten abweichend die Regelungen des SGB VII.

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

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

Das Bundessozialgericht war in der Vergangenheit großzügig, wenn es darum ging, wer eine Prüfanzeige abzugeben hat: Kasse, MD oder andere.<sup>11</sup> Die Erweiterung des elektronischen Austausches zwischen