

0.1 Inhaltsverzeichnis

Vorwort

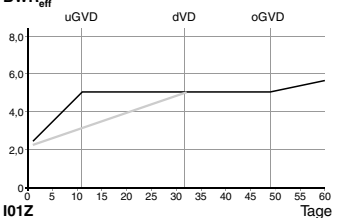
- 0 Verzeichnisse
- 0.1 Inhaltsverzeichnis
- 0.2 Herausgeber- und Autorenverzeichnis
- 0.3 Quellenverzeichnis und Lizenzbestimmungen der CD-ROM
- 1 Allgemeine Erläuterungen zur Anwendung des DRG-Systems
- 2 Katalog der Zusatzentgelte
- 3 Besondere Algorithmen
 - 3.1 Komplizierende Prozeduren
 - 3.2 Komplexe OR-Prozeduren
 - 3.3 Bestimmte OR-Prozeduren
 - 3.4 OR-Prozeduren
 - 3.5 Eingriffe an mehreren Lokalisationen
 - 3.6 Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
 - 3.7 Dreizeitige komplexe Eingriffe
 - 3.8 Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren
 - 3.9 Unzulässige Hauptdiagnosen
- 4 Rechtliche Grundlagen
 - 4.1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
 - 4.2 Vereinbarungen zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
 - 4.2.1 Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2009)
 - 4.2.2 Kombinierte Fallzusammenführung
 - 4.2.3 Besondere Einrichtungen
 - 4.2.4 Aufnahme von Begleitpersonen
 - 4.2.5 Klarstellungen zur FPV 2009
 - 4.3 Sozialgesetzbuch V (SGB V, § 301)
 - 4.4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, § 17b,c)
- 5 Verdachtsabhängige Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V
 - 5.1 Einführung
 - 5.2 Begleichung von Krankenhausrechnungen bei Kassenreklamation
 - 5.3 MDK-Prüfung auf Basis der §§ 275 – 277 SGB V
 - 5.4 Praxis-Tipps Prüfung primäre und sekundäre Fehlbelegung
 - 5.5 Praxis-Tipps Prüfung ordnungsgemäße Abrechnung/korrekte Kodierung
 - 5.6 Praxis-Tipps Prüfung Fallzusammenführung, Abwärtsverlegung

0.1 Inhaltsverzeichnis

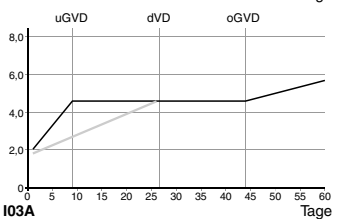
- 6 **Kodierempfehlungen der SEG 4 und des FoKA**
- 6.1 Übersicht
- 6.2 Kommentierungen des FoKA zu den Kodierempfehlungen des MDK (SEG-4)
- 6.3 Ergänzende Kodierempfehlungen des FoKA
- 7 **Deutsche Kodierrichtlinien**

| OP | | Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität | | | | | | I01 I03 | | |
|-------|--|---|-------------------------|-------------|-------------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------|---------------------|
| Stufe | Splitbedingungen | PCCL | Bewertungs- relation | dVD Tage | Unterschreitung untere GVD | | Überschreitung obere GVD | | Verlegung | |
| | | | | | 1. Tag | Abschlag pro Tag | 1. Tag | Zuschlag pro Tag | 1. Tag | Abschlag pro Tag |
| I01Z | mit komplexer Diagnose | 0-4 | 5,066 | 31,7 | 10 | 0,262 | 50 | 0,064 | 31 | 0,088 |
| | | | 4,477 4,299 | O OA | | | | | | |
| I03A | mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC ~ | 4 | 4,603 | 26,6 | 8 | 0,320 | 45 | 0,076 | 26 | 0,104 |
| | | | 4,119 3,973 | O OA | | | | | | |
| I03B | mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC ~ | 0-3 | 2,920 | 17,2 | 5 | 0,265 | 31 | 0,065 | 16 | 0,087 |
| | | | 2,542 2,435 | O OA | | | | | | |

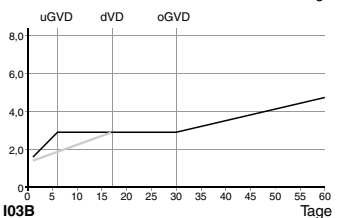
BWR_{eff}



I01Z

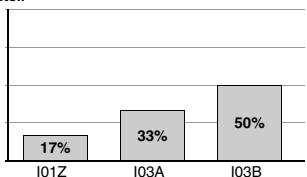


I03A



I03B

Anteil



Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität werden in Verbindung mit „komplexen Diagnosen“ mit der Basis-DRG I01 abgebildet. Beidseitige „komplexe Eingriffe“ triggern nach I03, wobei für diese DRG ein PCCL-Split gilt. Mit I03 werden auch weitere Verfahren vergütet, die zur besseren Übersicht auf Seite I03–1 ff separat dargestellt werden.

Diese DRGs sind nicht nur bei degenerativen Erkrankungen, sondern auch bei akuten Verletzungen von Hüft-, Knie- oder Sprunggelenk abrechenbar. Es ist die Kodierung von mindestens zwei Prozeduren erforderlich. Dabei wird auch das Zusatzmerkmal „B“ für beidseitige Eingriffe ausgewertet, welches äquivalent zur Kodierung von zwei Eingriffen (rechts und links) ist. Mehrfache Eingriffe können auch mehrzeitig erbracht werden, bei einer Fallzusammenführung auch während unterschiedlicher Aufenthalte.

Die wichtigsten „komplexen Diagnosen“ für I01Z sind bösartige Neubildungen der Knochen oder Gelenke, bakterielle Arthritis oder Osteomyelitis sowie Infektionen nach bestimmten Eingriffen am Bewegungsapparat, die auch als Nebendiagnosen zu I01Z führen können.

Die Algorithmen für die Ermittlung „komplexer Eingriffe“ für I03 sind in den Definitionshandbüchern recht unübersichtlich dargestellt. Die möglichen Konstellationen lassen sich jedoch recht anschaulich zusammenfassen:

- Beidseitige Kniearthrosen, beidseitige Revisionen oder Wechsel von Hüftendoprothesen sowie Kombinationen dieser einseitig ausgeführter Eingriffe
- Kombination einer Revision und einer Endoprothesenimplantation an unterschiedlichen Gelenken (Hüfte und/oder Knie)
Achtung: eine Revision mit Entfernung einer Endoprothese und Neuimplantation ist als Endoprothesen-Wechsel zu kodieren!
- Implantation, Revision oder Wechsel einer Endoprothese sowohl am Hüft- als auch am Kniegelenk

Die Implantation von Gelenkpfannen-Stützschalen oder Gelenk-Schnapp-Pfannen des Hüftgelenks bleibt beim Gruppierungsprozess für diese DRGs unberücksichtigt.

Beim Gruppierungsprozess werden bei mehrzeitigen Eingriffen die Seitenangaben rechts/links nicht berücksichtigt. Daher können mit diesen DRGs auch Patienten abgerechnet werden, bei denen während

desselben stationären Aufenthaltes (oder bei einer Fallzusammenführung wegen Wiederaufnahme aufgrund einer Komplikation) mehrere Eingriffe an derselben Lokalisation vorgenommen werden, z. B. TEP-Implantation und Revision dieser Endoprothese.

Sofern die beidseitige Implantation von Hüft- oder Knieendoprothesen die Kriterien eines „komplexen Eingriffes“ nicht erfüllt, wird I36Z ermittelt. Tumorendoprothesen führen auch bei beidseitigem Einsatz zu I95Z, was allerdings eine Rarität darstellen dürfte.

Hinzuweisen ist auf die Abrechenbarkeit der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte ZE2009–25 *Modulare Endoprothesen* und ZE2009–36 *Versorgung von Schwerstbehinderten*.

Bei der Verwendung von modularen Endoprothesen ist unbedingt der Zusatzkode 5–829.d zu verwenden, um die Abrechnung des entsprechenden Zusatzentgeltes sicherzustellen.

Hauptdiagnosen für I01Z und I03

alle Hauptdiagnosen der MDC 08

Komplexe Diagnosen für I01Z

(zusätzlich erforderlich, sofern nicht gleichzeitig Hauptdiagnose)

| | | | |
|-----------------|---|-------------|--|
| C40.2, .3, .8 | Bösartige Neubildung Knochen untere Extremität/mehrere Teilbereiche | M89.55, .56 | Osteolyse Beckenregion/Oberschenkel/Unterschenkel |
| C49.2, .8 | Bösartige Neubildung Bgw u and Weichteilgew untere Extr, einschl Hüfte/mehrere Teilber. | M96.6 | Kn-Fx nach Einsetzen orthop Impl/GelProthese/KnPlatte |
| C79.5 | Sekundäre BNB Knochen u Knochenmark | M96.80 | Elektiv offen belassenes Sternum n thoraxchir Eingriff |
| M00, 5.St: 5, 6 | Arthritis/Polyarthritis durch bakterielle Erreger, Gelenke von Becken/Ober-/Unterschenkel | M96.81 | Instabiler Thorax nach thoraxchirurgischem Eingriff |
| M86, 5.St: 5, 6 | Osteomyelitis Becken/Ober-/Unterschenkel | M96.88 | Sonst KH Muskel-Skelett-System nach med Maßn |
| | | T81.4 | Infektion nach Eingriff, ank |
| | | T84.5 | Infektion/entzündl Rkt durch eine Gelenkendoprothese |

Prozeduren für I01Z

| | | |
|---|--------------------|--|
| Mindestens zwei Kodes erforderlich oder Zusatzkennzeichen „B“ | 5–822 | Implantation Endoprothese Kniegelenk |
| 5–808.3 Arthrodese Kniegelenk | 5–823.0 bis .5, .b | Revision/Wechsel Endoprothese Kniegelenk |
| 5–808.7, .8, .9 Arthrodese, Sprunggelenk/Chopartgelenk (TripArthr) | 5–826.0 | Implantation Endoprothese Sprunggelenk |
| 5–820 außer .5, .7 Implantation Endoprothese Hüftgelenk, außer GelPfStützschale/GelSchnapp-Pfanne | 5–827.1 | Wechsel Endoprothese Sprunggelenk |
| 5–821.0 bis .6, .j Revision/Wechsel Endoprothese Hüftgelenk | | |

Komplexe Eingriffe für I03

| | | |
|---|------------------------|---|
| Mindestens zwei Kodes erforderlich oder Zusatzkennzeichen „B“ oder Kombination mit Implantation | <u>Implantationen:</u> | |
| 5–808.3 Arthrodese Kniegelenk | 5–820 außer .5, .7 | Implantation Endoprothese am Hüftgelenk, außer GelPfStützschale/GelSchnapp-Pfanne |
| 5–821.0 bis .6, .j Revision/Wechsel Endoprothese Hüftgelenk | 5–822 | Implantation Endoprothese am Kniegelenk |
| 5–823.0 bis .5, .b Revision/Wechsel Endoprothese Kniegelenk | | |

Weitere komplexe Eingriffe für I03

Mindestens je ein Hüft- und Kniegelenkseingriff:

Hüftgelenk:

| | | |
|---|--------------------|--|
| 5–820 außer .5, .7 Implantation Endoprothese am Hüftgelenk außer Gelenkpfannen isoliert | <u>Kniegelenk:</u> | |
| 5–821.0 bis .6 Revision/Wechsel Endoprothese Hüftgelenk | 5–808.3 | Arthrodese Kniegelenk |
| | 5–822 | Implantation Endoprothese am Kniegelenk |
| | 5–823.0 bis .5 | Revision/Wechsel Endoprothese Kniegelenk |

Weitere Eingriffe für I03

siehe S. I03–1 ff

KDE-93

Kodierempfehlung: 8-003

Schlagwort: Lagerungsbehandlung

Stand: 2007-01-10

Aktualisiert: 2008-01-08

OPS: 8-390

Problem/Erläuterung

Ist ein Kode aus 8-390 *Lagerungsbehandlung* gerechtfertigt bei z.B. regelmäßiger Verwendung einer nicht näher definierten „Spezialmatratze“ nach kardiochirurgischem Eingriff?

Kodierempfehlung

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Lagerungsbehandlungskodes (z.B. Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Basis, Lagerung im Schlingentisch) kann der OPS 8-390 nur auf eine besondere, im Einzelfall erforderliche und nicht bei vergleichbaren Patienten standardmäßig durchgeführte Lagerungsbehandlung abzielen.

Standardmäßige Dekubitusprophylaxen oder postoperative Standardbehandlungen etc. sind nicht hierüber zu kodieren (z.B. nachbeatmete Patienten mit Lagerung auf der Intensivstation, Dekubitusprophylaxe bei geriatrischen Patienten etc.).

Die Auffassung, dass mit dem OPS 8-390 nur sehr ressourcenaufwändige und längerfristige Lagerungsbehandlungen gemeint sind, wird auch durch die ergänzenden Hinweise zum Kode ab OPS Version 2006 gestützt.

Kommentar FoKA

Konsens mit Kommentar:

Die Lagerungsbehandlung als prophylaktische Maßnahme ist nicht zu kodieren. In Abhängigkeit des eingesetzten Systems wird ab System 2008 endständig mit .5 oder .x verschlüsselt. Entscheidend für Kodierung ist der Aufwand und nicht ein eventueller Standard.

Rückmeldung SEG 4

Aufwand im Einzelfall.

6.2 Kommentierungen des FoKA zu den Kodierempfehlungen des MDK (SEG-4)

KDE-94

Kodierempfehlung: C-004

Schlagwort: CUP-Syndrom, Peritonealcarcinose, Metastasen, Hauptdiagnose

Stand: 2007-01-10

Aktualisiert: 2008-01-08

ICD: C78.6 C80

Problem/Erläuterung

Aufnahme einer Patientin mit Bauchschmerzen; die Diagnostik ergibt eine Peritonealkarzinose (C78.6 *Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums*). Der Primärtumor kann nicht geklärt werden. Kann das CUP-Syndrom (cancer of unknown primary) als Hauptdiagnose kodiert werden (C80 *Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation*)?

Kodierempfehlung

Hauptdiagnose C80, Nebendiagnose C78.6. Nach der ICD-Systematik handelt es sich bei C78.6 um eine sekundäre bösartige Neubildung. Als Grunderkrankung liegt neu diagnostiziert ein CUP-Syndrom vor. Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das onkologisch als „histologisch oder zytologisch gesicherte Metastasierung eines durch die primäre Diagnostik nicht gefundenen Primärtumors“ (Schmoll et al. 2006) definiert wird und somit als ursächliche Diagnose die Hauptdiagnose darstellt. Da die Aufnahme nicht nur zur Behandlung der Metastasen erfolgte, greift hier nicht die Ausnahmeregelung der speziellen Kodierrichtlinien Neubildungen bezüglich der Einordnung der Metastase als Hauptdiagnose (0201f).

Kommentar FoKA

Konsens: Der Foka schließt sich der Empfehlung der SEG 4 an.

Rückmeldung SEG 4

Übereinstimmung

6.2 Kommentierungen des FoKA zu den Kodierempfehlungen des MDK (SEG-4)

KDE-95

Kodierempfehlung: M-004

Schlagwort: Rheumatischer Fuß, Fußdeformität, Hauptdiagnose

Stand: 2007-01-10

Aktualisiert: 2008-01-08

ICD: M06.07 M21.27 M20.1

Problem/Erläuterung

Eine rheumatische Fußdeformität mit Hallux valgus, Spreizfuß, Krallenzeh D III und einem Rheumaknoten wird durch eine subcapitale Resektionsosteotomie nach Le Lievre MT II-V, eine Arthrodeese des Großzehengrundgelenkes und eine Verkürzungsosteotomie DIII nach Hohmann korrigiert. Kann M06.07 *Seronegative chronische Polyarthritits, Knöchel und Fuß* als Hauptdiagnose verschlüsselt werden?

Kodierempfehlung

Nicht die rheumatische Grunderkrankung hat den aktuellen Krankenhausaufenthalt veranlasst, sondern die zu korrigierende Fußdeformität. Somit ist die zu korrigierende Fußdeformität unter Berücksichtigung des Ressourcenaufwandes hier als Hauptdiagnose zu kodieren, z.B.

M21.27 *Flexionsdeformität, Knöchel und Fuß (Spreizfuß)*

oder

M20.1 *Hallux valgus (erworben)*.

M06.07 *Seronegative chronische Polyarthritits, Knöchel und Fuß* wird als Nebendiagnose kodiert, insofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

Kommentar FoKA

Konsens: Der FoKA schließt sich der Empfehlung der SEG 4 an.

Rückmeldung SEG 4

Übereinstimmung

6.2 Kommentierungen des FoKA zu den Kodierempfehlungen des MDK (SEG-4)

KDE-97

Kodierempfehlung: I-010, K-003, Z-007

Schlagwort: Kontrolluntersuchung, Ösophagusvarizen, Leberzirrhose

Stand: 2007-01-10

Aktualisiert: 2008-01-08

ICD: I98.20* I85.9 K70.3

Problem/Erläuterung

Ein Patient wird aufgenommen zur Kontrolle bei Z.n. Banding der Ösophagusvarizen vor 6 Wochen bei bekannter äthyltoxischer Leberzirrhose. Gastroskopisch zeigt sich keine Blutung, nur minimale Restvarizen. Es wird keine Indikation mehr gesehen zu einem erneuten Banding.

Was ist als HD zu kodieren: Z09.88 *Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände*, I85.9 *Ösophagusvarizen ohne Blutung* zusammen mit der Nebendiagnose K70.3 *Alkoholische Leberzirrhose*?

Kodierempfehlung

HD:K70.3† *Alkoholische Leberzirrhose*

ND: I98.20* *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung*

Die Ösophagusvarizen auf dem Boden der äthyltoxischen Leberzirrhose sind bekannt. Sie haben den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasst. Sie wurden endoskopisch kontrolliert bei Z.n. vorangegangenen Banding. Aufgrund des Befundes wurde von weiteren Maßnahmen abgesehen. Die Ösophagusvarizen sind spezifisch über das Kreuz-Stern-System abbildbar.

Kommentar FoKA

Konsens: Der FoKA schließt sich der Empfehlung der SEG 4 an.

Rückmeldung SEG 4

Übereinstimmung

6.2 Kommentierungen des FoKA zu den Kodierempfehlungen des MDK (SEG-4)

5.3 MDK-Prüfung auf Basis der §§ 275 – 277 SGB V

Die folgenden Abschnitte dieses Kapitels beschäftigen sich ausschließlich mit der so genannten „verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung“. Weitere verwandte Themen dieses Komplexes werden an anderer Stelle erörtert.

5.3.1 Zuständigkeit des MDK im Rahmen der Rechnungsreklamationen

Die Krankenkassen haben kein eigenes Prüfungsrecht bei Rechnungsreklamationen mit medizinischen Fragestellungen und kein **Zurückbehaltungsrecht der fälligen Vergütung aufgrund eines Anspruchs auf eigene Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen** (Bundessozialgericht, Urteil vom 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R). Gleichzeitig hat das BSG erkannt, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD) der Knappschaft das exklusive Prüfungsrecht zukommt.

5.3.2 Einleitung und Anzeige der MDK-Prüfung

Verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen in Krankenhäusern werden vom MDK auf Grundlage von § 275 Abs. 1 Nr. 1 durchgeführt. Die Beauftragung des MDK sowie die Formulierung der Fragestellung erfolgt durch die Krankenkasse (Prüfauftrag).

Meldefristen und Meldewege bei Prüfungseinleitung

Gemäß § 275 Abs. 1c SGB V wird die Leistungsprüfung nach Beauftragung durch den Kostenträger spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse vom MDK beim Krankenhaus angezeigt.

Uneinigkeit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen besteht, auf welche Fälle die ab 1. April 2007 gültige 6-Wochen-Frist anzuwenden ist. Dem vermutlichen Willen des Gesetzgebers kommt es wohl am nächsten, die Frist auf die Fälle anzuwenden, deren Rechnungsdatensatz ab dem 1. April 2007 bei der Krankenkasse eingegangen sind. Diese Ansicht dürfte wohl auch in der Mitte der Extrempositionen der beiden Parteien liegen. Da sich dieses Thema inzwischen weitestgehend erledigt haben dürfte, sollen die Ausführungen hierzu an dieser Stelle enden. Die Beauftragung des MDK sowie die Anzeige beim Krankenhaus müssen kumulativ innerhalb der 6-Wochen-Frist erfolgen. Die Anzeige hat durch den MDK zu erfolgen. Diese eindeutige Festlegung im Gesetzestext stellt einerseits sicher, dass das geprüfte Krankenhaus Sicherheit darüber erlangt, dass der MDK tatsächlich mit einer Prüfung beauftragt wurde, zudem wird dadurch der Meldeweg vereinheitlicht, was den Krankenhäusern eine lückenlose Erfassung von MDK-Prüfungen erleichtert.

Form der Mitteilung an das Krankenhaus

Eine Gesetzesfestlegung hinsichtlich der Form der Meldung an das Krankenhaus existiert nicht. Aus pragmatischer Sicht ist klar, dass die Prüfanzeige des MDK mindestens eindeutige Angaben zur Identifizierung des zu prüfenden Falles enthalten muss.

Damit sich das Krankenhaus konkret auf Prüfungsinhalt und -umfang einstellen und zum Gegenstand der notwendigen anschaulichen Beurteilung machen kann, müsste sie auch den Prüfauftrag enthalten. Spätestens jedoch bei der Aufforderung zum Versand von Behandlungsunterlagen (Arztbrief, OP-Bericht, Fieberkurven etc.) muss der Grund der Beanstandung bekannt sein, damit sich der Umfang der Überlassung an der Notwendigkeit der Kenntnis zur Beurteilung eines konkreten Sachverhaltes orientieren kann.

Datenschutzrechtlich ist es unzulässig, zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrags nicht erforderliche Daten zu übermitteln. Eine über dieses Maß hinausgehende Übermittlung von Daten birgt zudem die Gefahr einer Strafbarkeit nach § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) in sich.

Verfristung der Meldung und Fehlen des Prüfauftrages

Eine Meldung nach Ablauf der sechswöchigen Ausschlussfrist ist als verfristet anzusehen, dem MDK und der Krankenkasse ist eine entsprechende Mitteilung zu machen. Hierbei ist zu beachten, dass die Frist nach Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse beginnt und nicht etwa zum Zeitpunkt des Versands des Datensatzes. Das Versende- und das Empfangsdatum müssen nicht identisch sein.

Zur Fristberechnung gelten nach § 69 SGB V die §§ 187 und 188 des BGB. Der Tag des Eingangs des Rechnungsdatensatzes wird bei der Fristberechnung nicht mitgerechnet. Die Frist beginnt am ersten Tag nach Rechnungseingang um 0:00 Uhr und endet am 42. Tag der Frist um 24:00 Uhr. Ist dieser letzte Tag **kein Werktag**, so endet die Frist am **ersten folgenden Werktag** um 24:00 Uhr.

Beim Fehlen des Prüfauftrages oder lediglich Angabe eines pauschalen, erkennbar nicht auf den Einzelfall bezogenen Prüfgrundes sollten Krankenkasse und MDK auf diesen Mangel aufmerksam gemacht und ihnen Gelegenheit zur Nachbesserung innerhalb der sechswöchigen Frist gegeben werden. Unterbleibt die Meldung des Prüfauftrages innerhalb dieser Frist, so sollte sich das Krankenhaus dennoch auf das Prüfverfahren einlassen, um sich im Falle eines etwaigen Rechtsstreites dem Vorwurf zu entziehen, den Mitwirkungspflichten nicht entsprochen zu haben. Jedoch sollte die weitere Mitwirkung unter dem Vorbehalt der Geltendmachung einer Verfristung in einem möglichen Rechtsstreit gestellt werden.

Örtliche Zuständigkeit des MDK

Hinsichtlich der Verbindlichkeit der konsentierten Landesverträge nach § 112 SGB V sind die Bestimmungen dieser Verträge nicht nur für die Krankenkassen in dem betreffenden Bundesland verpflichtend, sondern auch für alle anderen Krankenkassen, deren Versicherte sich in dem Bundesland einer Behandlung unterzogen haben (Bundessozialgericht, Urteil vom 21.08.1996 – 3 RK 2/96). Es gilt insofern das „Tatortprinzip“ des Ortes der Krankenhausbehandlung. Hinsichtlich der länderspezifischen Zuständigkeit des MDK existiert eine solche Festlegung leider nicht.

Von den Krankenhausgesellschaften wird die Meinung vertreten, dieses „Tatortprinzip“ ließe sich auch auf die jeweils örtliche Zuständigkeit des MDK bei der Einzelfallprüfung

übertragen und empfehlen, eine vom „falschen“ MDK angezeigte Prüfung aufgrund formaler Mängel zurückzuweisen. Aufgrund der erheblichen Rechtsunsicherheit und des damit verbundenen Erlös- und ggf. Prozessrisikos sowie aus pragmatischen Gründen **kann der Autor den Empfehlungen der Krankenhausgesellschaften an dieser Stelle nicht folgen**. Vielmehr sollten bis zur Schaffung von Rechtssicherheit in diesem Punkt die Anzeigen landesfremder MDK wie solche des landeseigenen MDK behandelt werden.

5.3.3 Durchführung der MDK-Prüfung

Grundsätzlich kann die Prüfung der Fälle, unter der Voraussetzung des Einverständnisses der Beteiligten, sowohl unter Einsicht der relevanten Anteile der Krankengeschichte vor Ort, also im Krankenhaus, erfolgen oder aber nach Versand der relevanten Unterlagen an den MDK in dessen Räumlichkeiten. Einen Rechtsanspruch des MDK zur vor Ort Prüfung im Krankenhaus existiert laut den Buchstaben des Gesetzes (§ 276 Abs. 4 SGB V) nur begrenzt auf die Verfahren zur Überprüfung von Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung. Es ist allerdings zu beachten, dass zur Zeit der Abfassung des Gesetzes dies auch die einzig relevante Prüfung war, welche in das Aufgabengebiet des MDK fiel, während die Abrechnungsprüfung erst im Rahmen der Umstellung auf die Abrechnung nach Fallpauschalen Relevanz bekam.

Kostenerstattung für Prüfungsaufwand (100 Euro Pauschale)

Hinsichtlich der Wahl des Verfahrens sollten sich die Beteiligten darüber einig sein, dass keine der Möglichkeiten (Begehungsprüfung oder Prüfung nach Aktenversand) eine vom Prüfungsergebnis unabhängige Anspruchsgrundlage für eine Erstattung von möglicherweise dadurch verursachten Kosten bietet.

Führt eine Prüfung nicht zur Minderung der Krankenhausrechnung, so steht den Krankenhäusern eine **Aufwandspauschale von 100 Euro pro Prüfung** (§ 275 Art. 1c SGB V) zu. Für eine darüber hinausgehende Aufwandsentschädigung, selbst bei nachgewiesenen Mehrkosten, fehlt die Rechtsgrundlage, ebenso für eine Aufwandsentschädigung für Prüfungen, die mit einer Minderung der Krankenhausrechnung einhergehen.

Gelegentlich wird die Zahlung der Aufwandspauschale von 100 Euro nach § 275 Art. 1c SGB V kassenseitig verweigert, obwohl die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbeitrages geführt hat, jedoch andere, nicht vergütungswirksame Veränderungen vorgenommen wurden.

In dem Antwortschreiben des BMG an das Klinikum Fürth hinsichtlich einer Anfrage zu dieser Problematik schreibt Ministerialrat K.-H. Tuschen am 12. Dezember 2007:

„[...] § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V knüpft nach seinem eindeutigen Wortlaut die Verpflichtung der Krankenkasse, an das Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten, allein an die Voraussetzung, dass „die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt“. Damit reicht die Feststellung von Fehlern der Abrechnung allein zur Vermeidung der Aufwandspauschale nicht aus, entscheidend

ist allein, ob die Prüfung zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt. Ist dies nicht der Fall, hat die Krankenkasse die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V unabhängig davon zu entrichten, ob im Rahmen der Prüfung sonstige Fehler festgestellt werden.“

Auf Anfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 1. November 2007 hat das Bundesministerium für Gesundheit mitgeteilt, dass die Aufwandspauschale von 100 Euro nicht nur bei erfolgloser Prüfung von Schlussrechnungen, sondern auch bei erfolgloser Prüfung von **Zwischenrechnungen** von den Krankenkassen zu zahlen ist (Antwortschreiben des BMG an die DKG vom 14. November 2007). Das Ministerium stellt diese Einschätzung jedoch unter dem Vorbehalt einer gerichtlichen Überprüfung im einzelnen Streitfall. Diese Stellungnahme dürfte besonders für Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen relevant sein, bei denen die Erstellung von Zwischenrechnungen üblich und notwendig ist.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Forderung der Krankenkassen, dass für einen Behandlungsfall nur maximal eine Aufwandspauschale abzurechnen sei, nicht akzeptabel. Vielmehr ist die **Aufwandspauschale für jede Prüfung**, welche nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat, zu erheben. Auch dann, wenn zu einem Behandlungsfall mehrere zeitlich voneinander getrennte Prüfungen stattgefunden haben.

Übermittlung von Sozialdaten

Der Umfang der zur Klärung der kassenseitig vorgegebenen Fragestellung benötigten Unterlagen wird vom MDK festgelegt. Dieser muss sich an die Grundsätze der Erforderlichkeit halten, wie sie in § 276 Abs. 2 SGB V für die Begutachtung festgelegt werden. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die angeforderten Unterlagen unmittelbar an den MDK zu übersenden oder zur Einsicht vorzulegen. Es kann sich dieser Verpflichtung nur entziehen, wenn Art und Umfang der angeforderten Unterlagen ohne erkennbaren Zusammenhang zum Prüfungsauftrag stehen, der Umfang der Forderung somit nicht durch die Inhalte des § 276 Abs. 2 SGB V abgedeckt wird und das Krankenhaus sich somit durch die Verletzung von Privatgeheimnissen im Sinne des § 203 StGB strafbar machen würde.

In einer jüngeren Entscheidung hat das BSG jedoch auch deutlich gemacht, dass die Krankenkasse als „Herrin“ des Begutachtungsauftrages entscheiden könne, ob und mit welchen Mitteln vorgegangen werden solle, wenn das Krankenhaus dem MDK die erforderlichen Auskünfte verweigert oder die notwendige Einsicht in Behandlungsunterlagen verwehrt. Die Krankenkasse ist in diesem Fall berechtigt, die Herausgabe der Unterlagen an den MDK gerichtlich geltend zu machen (Bundessozialgericht, Urteil vom 28.02.2007 – B 3 KR 12/06 R).

Es sind daher nur diejenigen Unterlagen zu übermitteln, die Auskunft zu dem konkret formulierten Prüfauftrag geben können. Dies schließt sowohl die teilweise praktizierte pauschale und stereotype Anforderung von bestimmten Inhalten der Krankenakte oder der kompletten Behandlungsunterlagen als auch den gelegentlich von den Krankenhäusern durchgeführten Versand kompletter Krankenakten ohne korrespondierenden Prüfauftrag aus.