



Das Erörterungsverfahren nach §17c Abs.2b KHG

Der große Wurf blieb (leider) aus

Von Jens-Uwe Földner

Die Intention des Gesetzgebers war und ist so klar wie auch sachlosig: Den exponentiell wachsenden sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse rund um die Krankenhausabrechnungen soll ein Riegel vorgeschoben werden. Ein an Komplexität stetig wachsendes G-DRG System, flankiert von einem kaum noch zu durchschauenden Dickicht von kurzfristigen Gesetzesänderungen im Rahmen der Corona-Pandemie hat offensichtlich auch hier die Erkenntnis reifen lassen, dass es selten eine „richtige“ oder „falsche“ Krankenhausabrechnung gibt. Vielmehr nutzt jede Seite- und wem ist das schlussendlich zu verdanken- Regelungslücken, Interpretationsspielräume und unklare Rechtsbegriffe recht opportunistisch aus.

Aus Respekt wird Hoffnung, dann Frust und nun Katzenjammer

Gleichsam groß waren der Respekt vor dem Neuen als auch die Erwartungshaltung auf beiden Seiten, dass mit der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Möglichkeit von außergerichtlichen Einigungen bei Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nun eine echte Alternative zum Sozialgerichtsverfahren geschaffen wurde. Dass insbesondere die Hoffnung auf eine echte Lösung sehr bald der harten Realität weichen musste, liegt vor allem an der bereits vielfach kritisierten Detailtiefe bestimmter gesetzlicher Regelungen in der PrüfvV rund um das Erörterungsverfahren, während wiederum im Gegenzug aufkommende Probleme nach wie vor

nicht aufgegriffen werden. Insbesondere sorgt hier auf der Krankenseite eine schier unüberschaubare Zahl unterschiedlicher Herangehensweisen an das Erörterungsverfahren, geschuldet durch die bekanntermaßen heterogene Kassenlandschaft, für Frust. Nach nunmehr fast 20 Monaten praktischer Erfahrungen mit dem Erörterungsverfahren entsteht vielerorts der Eindruck, dass das Interesse der Krankenkasse an einem echten Dialog zumindest begrenzt ist. Vielmehr scheint es im strategischen Kalkül der Kassen zu sein, entweder auf den formellen Fehler des Krankenhauses zu warten und diesen dann umgehend zu sanktionieren oder durch das Übersenden von immer neuen teilweise redundanten Schriftsätzen den administrativen Aufwand für das Krankenhaus möglichst hoch zu halten.

Falldialog vs. Erörterungsverfahren: Streit nur an anderer Stelle

Als problematisch für die tägliche Praxis der Abrechnungsprüfung sind die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen zum Falldialog und zum Erörterungsverfahren. Dass sich Ersterer zumindest auf Kassenseite unverändert hoher oder gar wachsender Beliebtheit erfreut, ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass ein Falldialog nach wie vor keine Auswirkung auf die Prüfquote des Hauses hat. Mit wachsender Expertise gepaart mit technischem Knowhow lassen sich so die quartalsweise festgelegten Obergrenzen der Fallprüfungen durchaus erfolgreich und gesetzeskonform ausweiten. Dennoch wäre das Interesse der

Krankenhäuser am Falldialog sicherlich größer, wenn hier seitens des Gesetzgebers gleichlautende oder zumindest ähnliche Spielregeln gelten würden. Während im Erörterungsverfahren bekanntermaßen alle datenschutzrechtlichen Schranken von Beginn an fielen, kann ein Krankenhaus beim gleichen Patienten im Rahmen des Vorverfahrens streng genommen ausschließlich auf Basis der bereits übermittelten § 301 Daten argumentieren. Leider reicht dies den wenigsten Krankenkassen aus, um Fragen zur korrekten Abrechnung vollumfänglich zu beantworten. Hier wären konsistente Regelungen rund um die Abrechnungsprüfung für alle Beteiligten sicherlich von großem Vorteil.

Deutlich mehr als ein Ärgernis

Die Zornesröte ins Gesicht treibt Medizincontrollern auf Krankenseite im Regelfall die Frage nach Art und Umfang der primären Rechnungsrückweisung durch die Kostenträger. Grundsätzlich sind diese nämlich berechtigt, bei vermeintlich unplausiblen Rechnungen bzw. bei grundsätzlich ambulant erbringbaren Leistungen eine zusätzliche Begründung durch das Krankenhaus einzufordern. Hierbei wirken der seit Beginn des Jahres 2023 deutlich ausgeweitete Katalog für ambulantes Operieren wie ein zusätzlicher Katalysator und sorgt für eine Anzahl von primären Rechnungsabweisungen, die schon aufgrund ihrer schieren Menge kaum noch als begründete Einzelfälle zu argumentieren sind. Problematisch ist auch hier nicht nur der immense administrative Aufwand im Krankenhaus, sondern

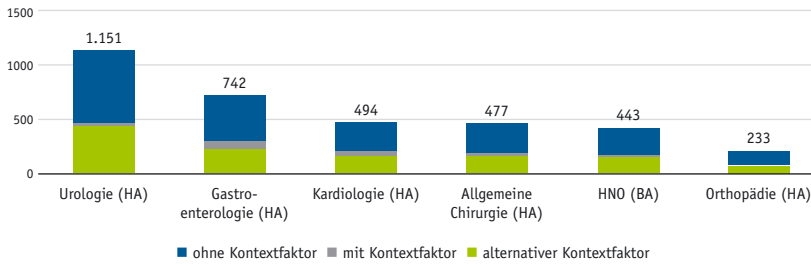


Abb.: Behandlungsfälle und Kontextfaktoren; Quelle: www.reimbursement.institute

auch das eigentliche Übermittlungsverbot patientenbezogener Daten direkt an die Krankenkasse. Auch wenn Letzteres durch einige Entscheidungen der Gerichte in jüngerer Vergangenheit zunehmend ausgehöhlt wurde, fehlt es doch (noch) an einer klaren Legitimierung durch eine entsprechende Rechtsnorm.

Kontextfaktoren „light“ funktionieren nicht

Abhilfe für dieses Dilemma sollten eigentlich die sogenannten Kontextfaktoren schaffen, bei deren Vorliegen die Begründungspflicht durch das Krankenhaus entfällt. Bedauerlicherweise wurden diese im Rahmen der Verabschiedung des Katalogs ambulanten Operierens so stark zusammengestrichen, dass von einer wirklichen Er-

leichterung kaum etwas zu spüren ist. Wie die ►Abbildung und die dahinterstehende Analyse des Reimbursement Institute sehr deutlich illustriert, sind die wenigsten Behandlungsfälle anhand der einheitlichen Kontextfaktoren begründbar. Analysiert man aber die Patientenfälle individuell weiter, ist ein relativ großer Teil jedoch mit alternativen, d.h. patientenindividuellen Faktoren durchaus als stationäre Fälle vertretbar. Für genau diese ist aber im Einzelfall eine mehr oder minder ausführliche Begründung durch das Krankenhaus zu erstellen und an die Krankenkasse zu übermitteln.

Trotz aller (berechtigter) Kritik bietet das Erörterungsverfahren weiterhin durchaus Potenzial, um Abrechnungsstreitigkeiten schneller als bisher zu

befrieden. Dies setzt aber voraus, dass es von beiden Seiten mit dem klaren Ziel der Konsensfindung geführt wird. Das gegenseitige Belauern und Hoffen auf den Fehler des jeweils anderen ist dabei wenig zielführend.

Aber auch der Gesetzgeber ist hier nochmals dringend zum Nachbessern aufgefordert, denn die aktuell aufgezeigten Regelungslücken tragen wenig zum eigentlich gewünschten Austausch auf Augenhöhe bei, sondern bieten vielmehr der Krankenkassen-seite vielfach die Möglichkeit, das Erörterungsverfahren zu verhindern oder zumindest den Fokus auf andere Konstellationen zu legen. ■



Jens-Uwe Földner LL.M.
Vorsitzender des Regionalverbandes Mitteldeutschland der DGFM

DER KU PODCAST

AKTUELL, INFORMATIV UND PRAXISRELEVANT

Ausgewählte Expertinnen und Experten aus dem Krankenhausmanagement geben im Gespräch mit unserer Fachredaktion Einblicke in eines unserer Schwerpunktthemen der aktuellsten KU Gesundheitsmanagement-Ausgabe.

Abrechnung im Krankenhaus, Marketing, Führung oder Personalmanagement – Der KU Podcast beleuchtet alle relevanten Fachbereiche aus dem Krankenhausmanagement.

Kurz, knackig und leicht verständlich!



Jetzt Reinhören und keine Folge mehr verpassen!

Seien Sie Teil der nächsten Folge und reichen Sie jetzt Ihre Fragen und Meinungen zu der nächsten Podcastfolge unter kupodcast@mgo-fachverlage.de ein.



Der KU Podcast – hören. entscheiden. managen.
Monatlich mit einer neuen Podcastfolge.