



**Erörterungsverfahren nach § 17c Abs.2b KHG und
Strukturmerkmalsprüfungen nach § 275d SGB V sowie
Aufschläge nach § 275c Abs.3 SGB V –
Erste Erfahrungen**

22. Frühjahrstagung der AG Medizinrecht

Wiesbaden, den 01.04.2022

**Dr. jur. Jens-Hendrik Hörmann, LL.M.
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht**



BOCHUM

Steinring 45a • 44789 Bochum
Tel. (0234) 41 60 61 0

MAGDEBURG

Schleinufer 18 • 39104 Magdeburg
Tel. (0391) 24 30 34 0

DÜSSELDORF

Wiesenstraße 21A1 • 40549 Düsseldorf
Tel. (0211) 81 96 54 0

HAMBURG

Hansaplatz 5 • 20099 Hamburg
Tel. (040) 18 22 794 0

Bochum ♦ Magdeburg ♦ Düsseldorf ♦ Hamburg

Bochum:

Ralf Brehenhorn-Wendland *

Cornelia Kruse *****

Karin Wendland **

Kim Roger Feiertag ***

Dr. jur. Jens-H. Hörmann, LL.M. **

Jan Twachtman, LL. M. **

Philipp Schachtschneider **

Bingül Suoglu **

Yannick Wendland

Melanie Tewes **

Annika Brcvak **

Denise Bartels *****

Magdeburg:

Jutta Pasura *

Thomas Wernitz **

Sven Kohlusch **

Frank Wölfer **

Andreas Bortfeld

Charlien Lorenz

Kevin Roitsch

Eric Gröger

Düsseldorf

Nicole Wagner **

Sandra Timmann **

Ulrike Hildebrand **

Rebecca Donaldson

Dominik Kohl **

Hamburg

Olaf von Kaufmann

Wiebke Schröter *****

Maximilian Jürgens ****

* Fachanwalt/Fachanwältin für Sozialrecht ** Fachanwalt/Fachanwältin für Medizinrecht *** Fachanwalt/Fachanwältin für Versicherungsrecht
**** Fachanwalt/Fachanwältin für Bank- und Kapitalmarktrecht ***** Rechtsanwalt/Rechtsanwältin in Anstellung

Erörterungsverfahren gem. § 17c Abs.2b KHG

Strukturmerkmalsprüfungen gem. 275d SGB V

Aufschläge gem. § 275c Abs.3 SGB V

Exkurse:

(Fehlerhafte) Prüfquotenermittlung gem. § 275c Abs.4 SGB V

Fiktive Beurlaubung gem. § 8 Abs.5 S.3 KHEntgG ab 01.01.2019

Erörterungsverfahren gem. § 17c Abs.2b KHG

Strukturmerkmalsprüfungen gem. 275d SGB V

Aufschläge gem. § 275c Abs.3 SGB V

Exkurse:

(Fehlerhafte) Prüfquotenermittlung gem. § 275c Abs.4 SGB V

Fiktive Beurlaubung gem. § 8 Abs.5 S.3 KHEntgG ab 01.01.2019



Das Erörterungsverfahren

- Änderungen KHG
 - § 17c Abs. 2b

Gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausrechnung ist nur dann zulässig, wenn vor Klageerhebung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus eine einzelfallbezogene Erörterung stattfand, in der sämtliche Einwendungen und sämtlicher Tatsachenvortrag eingebracht worden sind.

⇒ Präklusionsregelung

§ 9 Erörterungsverfahren nach MD-Prüfung

- 1) ¹Ist das Krankenhaus mit der Entscheidung der Krankenkasse nach § 8 nicht einverstanden, hat es diese binnen 6 Wochen nach Zugang der Entscheidung gegenüber der Krankenkasse zu bestreiten. ²Das Bestreiten ist vom Krankenhaus inhaltlich zu begründen. ³Das Krankenhaus kann gleichzeitig mit dem Bestreiten das Erörterungsverfahren (EV) einleiten.
- 2) ¹Hat das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse nicht oder nicht rechtzeitig gemäß Absatz 1 Satz 1 bestritten, gilt die Entscheidung der Krankenkasse als nicht bestritten im Sinne des § 109 Absatz 6 Satz 2 SGB V. ²Die Krankenhausabrechnung gilt als erörtert.
- 3) ¹Schließt sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung an, teilt sie dies dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens nach Absatz 1 mit. ²Ein nach Absatz 1 Satz 3 durch das Krankenhaus eingeleitetes EV ist hierdurch beendet.
- 4) ¹Kann sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung nicht anschließen, hat sie ihre Ablehnung dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens nach Absatz 1 mitzuteilen. ²Diese Mitteilung leitet das EV ein, sofern eine Einleitung nicht schon durch das Krankenhaus nach Absatz 1 Satz 3 erfolgt ist.
- 5) ¹Das EV ist, vorbehaltlich der einvernehmlichen Verlängerung dieses Zeitraumes durch Krankenhaus und Krankenkasse, binnen 12 Wochen nach Mitteilung der Krankenkasse gemäß Absatz 4 abzuschließen. ²Das EV kann mündlich oder schriftlich (auch elektronisch) durchgeführt werden. ³Kann eine Verständigung hierzu nicht erreicht werden, wird das EV schriftlich durchgeführt.

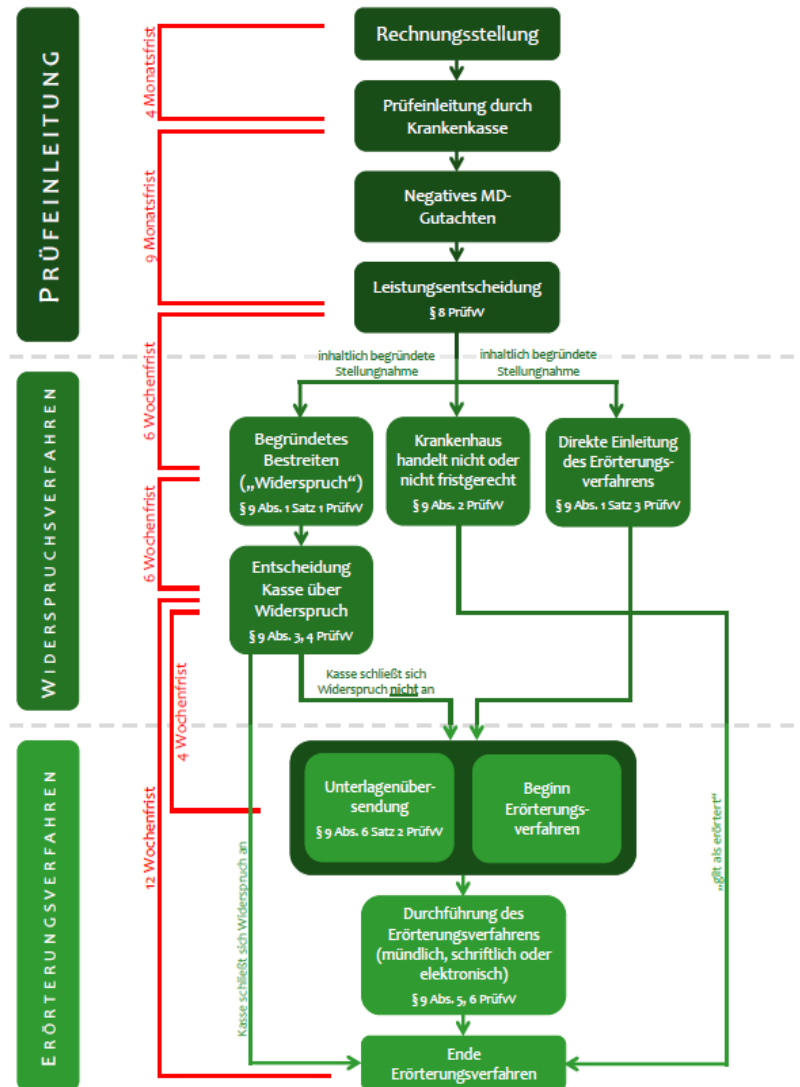
- 6) ¹Grundlage des EV sind sämtliche erforderliche Daten des streitbefangenen Falles, einschließlich aller der vom MD beim Krankenhaus erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des EV übermittelten Unterlagen und vorgetragenen Argumentationen/Einwendungen. ²Die Parteien des Erörterungsverfahrens stellen sicher, dass für die Durchführung des Erörterungsverfahrens erforderliche Unterlagen spätestens 4 Wochen nach der Mitteilung gemäß Absatz 4 Satz 1 der anderen Partei vorliegen. ³Die in Satz 2 genannte Frist ist eine Ausschlussfrist. ⁴Einwendungen, Daten und Unterlagen, die nicht bis zum Ablauf der Ausschlussfrist in Satz 2 der anderen Partei vorliegen, werden nur nach ausdrücklicher Zustimmung der anderen Partei Gegenstand des EV.
- 7) Eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen ist ausnahmsweise dann zugelassen, wenn das Fristversäumnis weder auf Vorsatz noch auf Fahrlässigkeit beruht und die versäumte Handlung unverzüglich nachgeholt wird.
- 8) ¹Führt das EV zu einer Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, ist das EV beendet. ²Die Abrechnung des Krankenhauses ist gegebenenfalls zu korrigieren.
- 9) Es können unabhängig von der Art der Durchführung der Erörterung mehrere strittige Abrechnungsfälle gemeinsam erörtert werden, wenn Krankenkasse und Krankenhaus sich darüber einig sind.
- 10) Das EV kann neben dem Fall einer Einigung nach Absatz 3 oder Absatz 8 jederzeit im Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse beendet werden.
- 11) Bei Verweigerung der Erörterung oder fehlender Mitwirkung durch das Krankenhaus oder die Krankenkasse gilt die Abrechnungsstreitigkeit als erörtert im Sinne des § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG.
- 12) Wird keine Einigung erzielt, ist das Erörterungsverfahren beendet, die Ergebnisse sind zu dokumentieren.

- Bestreiten binnen 6 Wochen nach Zugang der Entscheidung gegenüber KK; Inhaltlich zu begründen!
- KH kann gleichzeitig Erörterungsverfahren (EV) einleiten
- Frist nicht eingehalten: nicht bestritten, gilt jedoch als erörtert
- Schließt sich KK der Begründung an, teilt sie das innerhalb von 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens dem KH mit
- Schließt sich KK der Begründung des KH nicht an, hat sie die Ablehnung dem KH binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens mitzuteilen

- Mitteilung der KK leitet EV ein, sofern eine Einleitung nicht schon durch das KH erfolgt ist
- EV ist binnen 12 Wochen nach Mitteilung der KK abzuschließen (Verlängerung einverständlich möglich)
- EV kann schriftlich oder mündlich erfolgen – keine Verständigung: schriftlich!
- Grundlage für EV sind sämtliche erforderliche Daten des Falles, einschließlich aller der vom MD beim KH erhobenen Daten und vorgetragenen Argumentationen / Einwendungen
- Unterlagen sind spätestens 4 Wochen nach Abs. 4 S.1 der anderen Partei vorzulegen

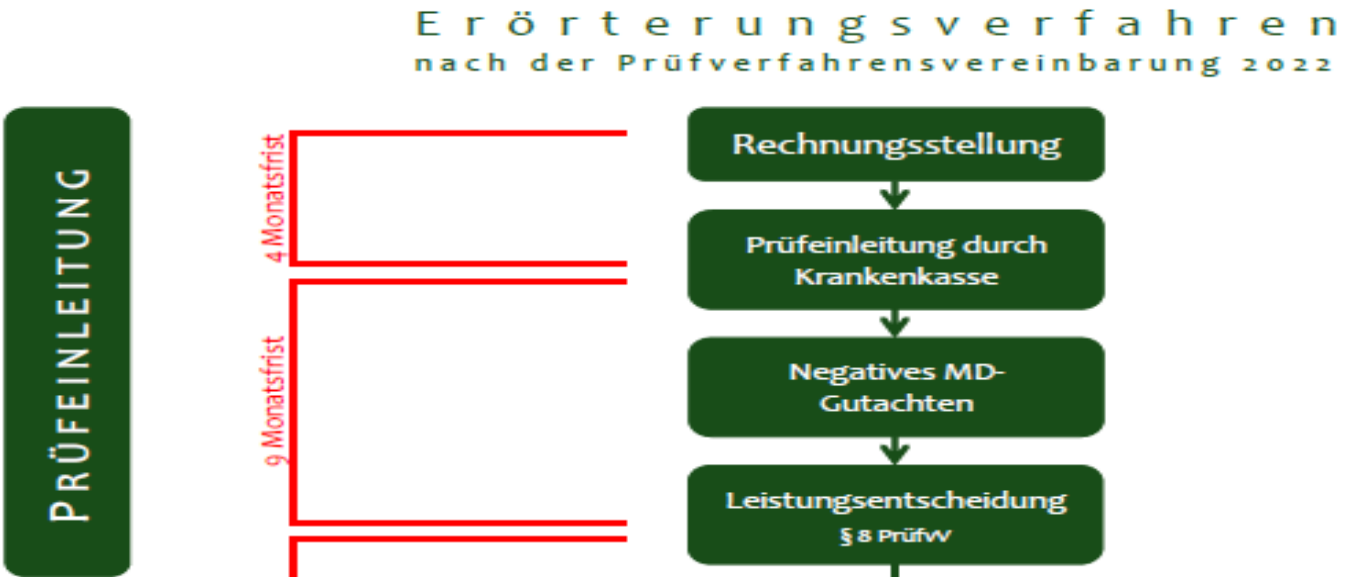
- Diese Fristen sind Ausschlussfristen!
- Sie können nur nach Ablauf der Frist mit ausdrücklicher Zustimmung der Gegenseite zum Gegenstand des EV werden
- Ausnahme: Fristversäumnis beruht weder auf Vorsatz noch auf Fahrlässigkeit und wird unverzüglich nachgeholt (wohl nur schwerwiegende Gründe)
- Mehrere Fälle können gemeinsam erörtert werden
- Bei Verweigerung des EV oder fehlender Mitwirkung gilt das Verfahren als erörtert
- Die Ergebnisse sind zu dokumentieren

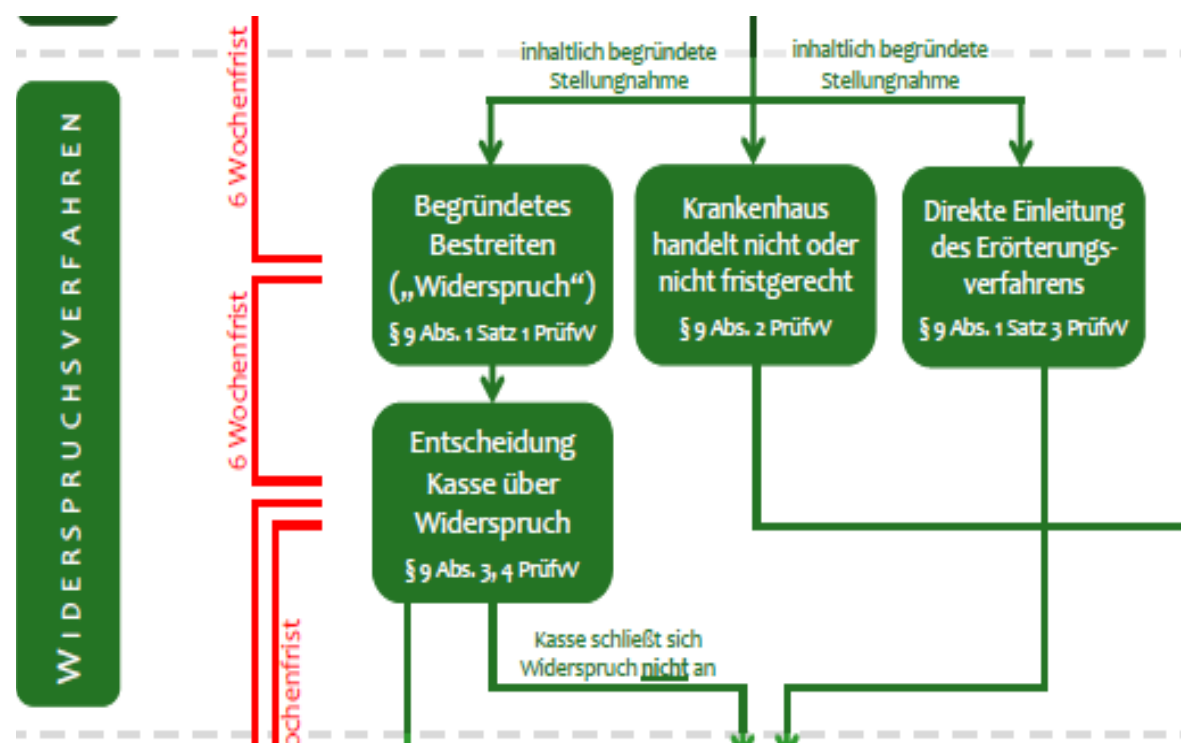
Erörterungsverfahren nach der Prüfverfahrensvereinbarung 2022

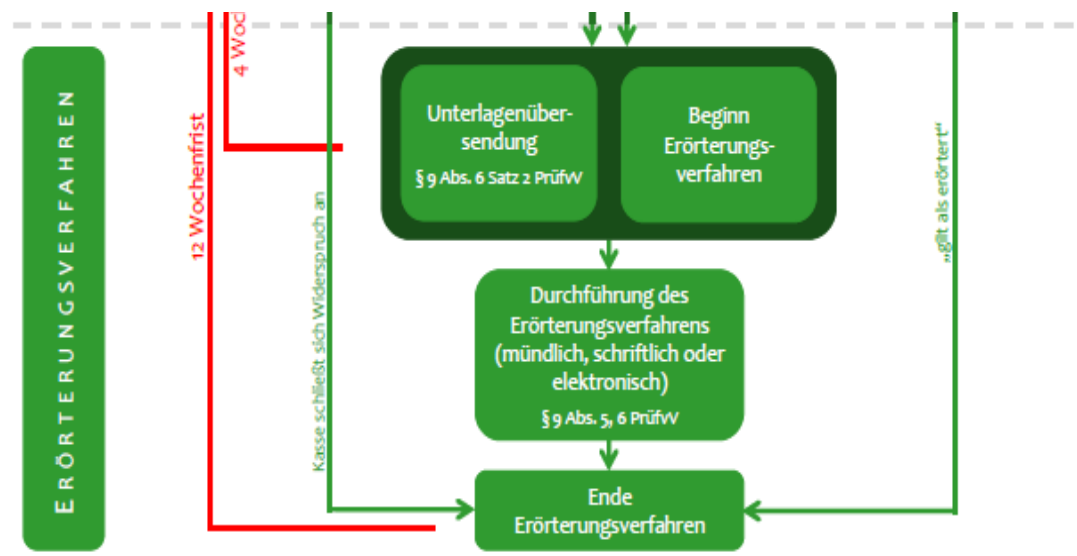


BREGENHORN-WENDLAND & Partner Rechtsanwälte mbB

<https://med-juris.de>







BREGENHORN-WENDLAND & Partner Rechtsanwälte mbB

<https://med-juris.de>

§ 10 Dokumentation der einzelfallbezogenen Erörterung

- 1) Das EV ist zu dokumentieren.
- 2) Die Dokumentation nach Absatz 1 muss mindestens folgende Inhalte haben:
 - Bezeichnung von Krankenkasse, Krankenhaus sowie des zuständigen MD, einschließlich der zuständigen Ansprechpartner mit Kontaktdaten,
 - Bezeichnung des streitbefangenen Abrechnungsfalles (Name und Geburtsdatum des Patienten),
 - Angaben zum Bestreiten des Krankenhauses nach § 9 Absatz 1, einschließlich des Datums sowie des bestrittenen Sachverhaltes,
 - Angaben zur Mitteilung der Krankenkasse nach § 9 Absatz 4, einschließlich des Datums,
 - Benennung der Teilnehmer des EV,
 - wenn kein schriftliches EV erfolgt ist: Benennung des Termins der mündlichen Erörterung,
 - Benennung des Erörterungsgegenstandes, der vorgelegten Unterlagen im Erörterungsverfahren nach § 9 sowie der übermittelten Einwendungen und Tatsachen,
 - Zeitpunkt des Abschlusses des EV,
 - Ergebnis des EV, insbesondere Angaben zu erzielten Einigungen und etwaigen dissident verbliebenen Sachverhalten.
- 3) Die Dokumentation erfolgt mittels eines von den Vertragspartnern erstellten Dokumentationsbogens.
- 4) Können sich Krankenhaus und Krankenkasse nicht auf eine gemeinsame Dokumentation einigen, hat jede der Parteien eine Dokumentation zu erstellen und diese innerhalb von zwei Wochen der anderen Partei zuzuleiten.

Dokumentationsbogen gemäß § 10 PrüfvV zur Einzelfallbezogenen Erörterung nach § 17c Absatz 2b KHG

1. Parteien

1.1 Krankenhaus	
Name:	IK:
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Ansprech-partner:	Tel.:
E-Mail:	Fax:
1.2 Krankenkasse	
Name:	IK:
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Ansprech-partner:	Tel.:
E-Mail:	Fax:

2. Am Prüfverfahren beteiligter Medizinischer Dienst

Name:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Ansprech-partner:	Tel.:
E-Mail:	Fax:

3. Gegenstand der Einzelfallbezogenen Erörterung

3.1 Zu erörternder Abrechnungsfall ¹⁾		
	Name Patient/in:	
	Geburtsdatum: TT.MM.JJJJ	Versichertennummer:
	Krankenhausinternes Kennzeichen:	Aufnahmedatum: TT.MM.JJJJ
	Datum der Rechnung: TT.MM.JJJJ	
	Datum der Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 8 Satz 1 PrüfvV: TT.MM.JJJJ	
	Datum des MD-Gutachtens: TT.MM.JJJJ	
3.2 Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse durch Krankenhaus gemäß § 9 Abs. 1 PrüfvV:		
	Datum:	
3.3 Bestrittene Sachverhalte (stichwortartig zusammengefasst)		

4. Einleitung der einzelfallbezogenen Erörterung

4.1 Datum der Einleitung:		TT.MM.JJJJ
	Seitens	☐ Krankenhaus gemäß § 9 Abs. 1 Satz 3 PrüfvV ☐ Mitteilung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 4 Satz 2 PrüfvV
4.2 Datum der Mitteilung der Krankenkasse:		TT.MM.JJJJ
		☐ § 9 Abs. 3 PrüfvV (Zustimmung zu 3.2, EV beendet) ☐ § 9 Abs. 4 Satz 1 PrüfvV (Ablehnung zu 3.2)

5. Durchführung der Einzelfallbezogenen Erörterung

5.1 Erörterungsteilnehmer (Namen der Mitarbeiter) ²⁾	
	Teilnehmer Krankenhaus:
	Teilnehmer Krankenkasse:
5.2 Durchführung der Erörterung	
	☐ schriftlich ☐ mündlich am (Datum): TT.MM.JJJJ
5.3 Benennung der Erörterungsgegenstände (ggf. Verweis auf 3.3)	

5. Durchführung der Einzelfallbezogenen Erörterung

5.4 Zulässige Unterlagen ³⁾	
Benennung der vom Krankenhaus im MD-Verfahren vorgelegten und im EV gemäß § 9 Abs. 6 Sätze 1 und 2 PrüfvV übermittelten Unterlagen (in Anlage beizufügen)	
Angaben bei fehlender Unterlagenidentität ⁴⁾	
Benennung weiterer durch Krankenhaus/Krankenkasse im EV vorgelegter Unterlagen gemäß § 9 Abs. 6 Sätze 1 und 2 PrüfvV (in Anlage beizufügen) sowie ggf. gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV	
Benennung weiterer durch Krankenhaus/Krankenkasse im EV vorgelegter Argumentationen/ Einwendungen gemäß § 9 Abs. 6 Sätze 1 und 2 PrüfvV (in Anlage beizufügen) sowie ggf. gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV	

5. Durchführung der Einzelfallbezogenen Erörterung

5	Benennung von Einwendungen, Daten und Unterlagen durch Krankenhaus/Krankenkasse im EV gemäß § 9 Abs. 6 Satz 4 PrüfvV (verfristet, ausdrückliche Zustimmung der Vorlage durch andere Partei)
5.5 Unterlagen gemäß § 7 Abs. 2 Satz 11 PrüfvV	
	Benennung der Unterlagen gemäß § 7 Abs. 2 Satz 11 PrüfvV ⁵⁾
5.6 Verweigerung der Erörterung oder fehlende Mitwirkung gemäß § 9 Abs. 11 PrüfvV	
	☐ durch Krankenhaus ☐ durch Krankenkasse
	ggf. ergänzende Ausführungen

6. Ergebnis der Erörterung

6.1 Datum des Erörterungsabschlusses:		TT.MM.JJJJ
6.2	Ergebnis	
	☐ Einigung ☐ teilweise Einigung ☐ keine Einigung	
6.3	Erläuterung zum Ergebnis (stichwortartig zusammengefasst) ⁶⁾	

Anlagen: Es folgen die Anlagen ... bis ...

Erläuterungen:

Vorbemerkung

Der Dokumentationsbogen soll allen Beteiligten einen schnellen Überblick über den Fall ermöglichen und den Nachweis über die Mindestinhalte der Dokumentation gemäß § 10 PrüfvV gewährleisten.

Genereller Hinweis

Alle mitzuteilenden Datumsangaben in diesem Dokumentationsbogen sind im Format TT.MM.JJJJ anzugeben.

Einzelhinweise

- 1) Zu 3.1 Die Rechnung des Krankenhauses, die Entscheidung der Krankenkasse sowie das Gutachten des MD sind dem Dokumentationsbogen als Anlage beizufügen.
- 2) Zu 5.1 Hier können die Teilnehmer des Erörterungsverfahrens namentlich aufgeführt werden, wenn sie nicht identisch mit den unter 1.1 und 1.2 benannten Ansprechpartnern sind.
- 3) Zu 5.4.1 Die entsprechenden Dokumente sind als Anlage beizufügen. Dabei ist dieselbe Bezeichnung, wie gegenüber dem MD zu verwenden, ggf. gemäß eVV.
- 4) Zu 5.4.2 Das Feld „Angaben zu fehlender Unterlagenidentität“ ist nur für die Fälle relevant, in denen eine Diskrepanz zwischen den in das Erörterungsverfahren eingeführten und an den MD übermittelten Unterlagen festgestellt wird.
- 5) Zu 5.5 Nur zu befüllen, wenn ein Fall gemäß § 7 Abs. 2 Satz 11 PrüfvV gegeben ist.
- 6) Zu 6.3 Konsens, Dissens oder Vergleich sind hier nachvollziehbar festzuhalten (inkl. ggf. dissent verbliebener Sachverhalte).

Wurde die Erörterung einvernehmlich verlängert, ist ein entsprechender Hinweis aufzunehmen.

Fragen

- › Erörterungsverfahren nur bei MD-Prüfungen oder vor jeder Klage?
- › Umfang des „begründeten Bestreitens“?
- › Übersendung der (vollständigen) Patientenakten? Falls ja, wann?
- › Beweiswert der einzelnen, nach fehlender gemeinsamer Dokumentation?

Erste Erfahrungen

- › Für Fälle aus MD-Prüfverfahren bislang keine
- › Viermonatige Prüfeinleitungsfrist des § 275c Abs.1 S.1 SGB V für erste betroffene Fälle noch laufend
- › Für Fälle außerhalb des Prüfverfahrens: Vorsorglich Erörterung

Erörterungsverfahren gem. § 17c Abs.2b KHG

Strukturmerkmalsprüfungen gem. 275d SGB V

Aufschläge gem. § 275c Abs.3 SGB V

Exkurse:

(Fehlerhafte) Prüfquotenermittlung gem. § 275c Abs.4 SGB V

Fiktive Beurlaubung gem. § 8 Abs.5 S.3 KHEntgG ab 01.01.2019

- Sachverhalt
 - Negative(r) Bescheid(e) nach MD-Strukturprüfung gem. § 275d SGB V

- Rechtsschutzmöglichkeiten
 - Rechtsschutz gegen negative Strukturprüfungsbescheide
 - Widerspruch ggü. MD (§ 84 SGG)
 - Rechtsschutz gegen negativen Widerspruchsbescheid
 - Klage bei SG gegen MD (§§ 86a Abs.1, 87 SGG)
- Zusätzlich
 - Einstweiliger Rechtsschutz (§ 86b Abs.2 S.2 SGG)

Maßgebliche Entscheidungszeitpunkte

- Maßgeblicher Entscheidungszeitpunkt für Widerspruch
 - Zeitpunkt der Widerspruchsentscheidung
 - gem. allg. Grundätzen des Sozialverwaltungs- und Sozialverfahrensrechts
 - gem. ständiger Rechtsprechung der Bundesgerichte
 - BVerwG, Urteil vom 31.03.1981 – 1 B 853/80, juris Rdn.6
 - *„(...) ist bei der verwaltungsgerichtlichen Nachprüfung (...) auf die Sachlage im Zeitpunkt der Widerspruchsentscheidung abzustellen“.*
 - BVerwG, Urteil vom 08.07.2004 – 5 C 5/03, juris Rdn.15:
 - *„Das Berufungsgericht hätte die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts zurückweisen müssen, da der Klägerin (...) im rechtlich maßgeblichen Zeitpunkt der Widerspruchsentscheidung (...)“*

→ Ergo: Änderungen seit Ausgangsbescheid sind zu berücksichtigen

- Maßgeblicher Entscheidungszeitpunkt für Klage
 - gem. ständiger Rechtsprechung der Bundesgerichte
 - Klageart: Kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage
 - BSG, Urteil vom 17.04.2013 – B 9 SB 6/12 R (juris Rdn.28):
 - „Denn das Tatsachengericht hat bei einer Anfechtungs- und Verpflichtungsklage grundsätzlich alle bis zum Zeitpunkt seiner Entscheidung eintretenden entscheidungsrelevanten neuen Tatsachen zu berücksichtigen“ (vgl dazu Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl 2012, § 54 RdNr 34 mwN). Dies gilt auch hinsichtlich der Feststellung des GdB nach dem Schwerbehindertenrecht.“
 - BSG, Urteil vom 18.12.2018 – B 1 KR 11/18 R (juris Rdn.17);
 - „Maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung des Anspruchs auf Aufnahme einer Methode in den Kreis der Methoden, aus denen die Auswahl erfolgt, ist ebenso wie für den Anspruch auf Auswahl einer Methode für den Erlass einer Erprobungs-RL oder den Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung hierüber die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung. Dies entspricht den allgemeinen Grundsätzen bei einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (vgl zB BSG SozR 4-1300 § 44 Nr 22 RdNr 20 mwN). Dies gilt auch, soweit dem Beklagten ein Beurteilungsspielraum eingeräumt ist (stRspr, vgl zB BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr 7, Rd-Nr 26 mwN; Keller in Meyer Ladewig / Keller / Leitherer / Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 54 RdNr 34a). Abweichungen ergeben sich nicht aus materiellem Recht (vgl zum methodischen Ansatz BVerwGE 78, 243, 244 = Juris RdNr 8; BVerwG Beschluss vom 22.2.2008 - 5 B 208/07 - Juris RdNr 3 ff zu § 6 Abs 2 S 3 BVFG).“

- „Abweichung aus materiellem Recht“ iSd der o.g. BSG-Rechtsprechung
 - Bereichsspezifische Korrektur für Strukturmerkmalsprüfung nach § 275d SGB V
 - Mündliche Verhandlung in der letzten Tatsacheninstanz, begrenzt auf 01.01. des betroffenen Jahres, 0 Uhr
 - Arg.: § 275d Abs.1, 3, 4 SGB V
 - Prospektive Strukturprüfung für jeweiliges Folgejahr

- Daraus entstehende Rechtsfolgen
 - Berücksichtigung unterjähriger Veränderungen im KH bis zum 01.01. des betroffenen Jahres, 0 Uhr
 - Aktuelle Beispiele
 - OPS-Codes 8-987 + 8-98g:
 - KH-Hygieniker, die ihre Prüfung nach MD-Strukturprüfung und vor Ablauf des Jahres bestehen
 - Diverse OPS-Codes
 - Ärzte, die ihre Facharztprüfung nach MD-Strukturprüfung und vor Ablauf des Jahres bestehen
 - Anschaffung von Geräteinfrastruktur nach MD-Strukturprüfung und vor Ablauf des Jahres

- Maßgeblicher Entscheidungszeitpunkt für einstweiligen Rechtsschutz
 - u.a.: LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 27.09.2006 – L 7 B 18/06, juris
 - *„In einem Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung beurteilt sich das Vorliegen eines Anordnungsanspruchs nach dem Zeitpunkt, in dem das Gericht über den Eilantrag entscheidet“*

Erste Erfahrungen

- Widerspruch gegen negativen Strukturprüfungsbescheid (§ 84 SGG)
- Aktuelle Beispiele
 - Negative Widerspruchsbescheide → vielfach Klageverfahren in der Hauptsache
 - Abhilfeentscheidungen der MDe
 - Mit und ohne Erklärung zur Notwendigkeit der Zuziehung eines Bevollmächtigten im Widerspruchsverfahren
 - BVerwG, Urteil vom 27.02.2019 (2 A 1/18):
 - *„Über die Notwendigkeit der Hinzuziehung eines Bevollmächtigten für das Vorverfahren ist unter Würdigung der jeweiligen Verhältnisse vom Standpunkt eines verständigen Beteiligten aus zu entscheiden. Maßgebend ist, ob sich ein vernünftiger Bürger mit gleichem Bildungs- und Erfahrungsstand bei der gegebenen Sachlage eines Bevollmächtigten bedient hätte. Notwendig ist die Zuziehung eines Bevollmächtigten dann, wenn es dem Beteiligten nach seinen persönlichen Verhältnissen und wegen der Schwierigkeit der Sache nicht zuzumuten war, das Vorverfahren selbst zu führen. Die Notwendigkeit der Zuziehung wird auch durch die Bedeutung der Sache für den Beteiligten bestimmt, wobei der Zeitpunkt der Bevollmächtigung maßgeblich ist.“*
- In den meisten Fällen der Strukturprüfungsbescheide (und auch der Aufschlagsbescheide gem. § 275c Abs.3 SGB V (dazu s.u.)) dürfte Hinzuziehung notwendig sein

- Einstweiliger Rechtsschutz gegen negativen Strukturprüfungsbescheid (§ 86b Abs.2 S.2 SGG)
- Rechtsschutzziel
 - Einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustandes
- Voraussetzungen
 - Anordnungsgrund
 - = Eilbedürftigkeit
 - Anordnungsanspruch
 - = Vorläufige summarische Prüfung der Sach- und Rechtslage
- Streitwert
 - Jährlicher Umsatz / Hälfte des jährlichen Umsatzes / Auffangstreitwert

- Häufige Rechtsprobleme
 - Vorwegnahme der Hauptsache
 - Anordnungsgrund
 - Anordnungsanspruch
 - Formelle Rechtmäßigkeit
 - Ausstellende Behörde nicht erkennbar (§ 33 Abs.3 S.1 SGB X)
 - Ordnungsgemäße Anhörung nicht erfolgt (§ 24 SGB X)
 - BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R (zur Mindestmengenregelung)
 - BSG, Urteil vom 26.07.2016 – B 4 AS 47/15 R (zur Anhörungsnachholung)
 - Materielle Rechtmäßigkeit
 - Auslegung der einzelnen Strukturmerkmale in diversen OPS-Codes
 - Beispiele (u.a.)
 - Vertretungserfordernis
 - Labormediziner
 - Hybrid-OP
 - Intermittierendes Nierenersatzverfahren
 - etc.
 - Maßstab des BSG
 - Wortlautgetreue Auslegung, lediglich ergänzt durch systematische Erwägungen

- Vertretungserfordernis
 - Vertretungsformulierung in OPS-Code 8-98d
- In den allermeisten OPS-Codes kein Vertretungserfordernis normiert
 - Wortlautauslegung ergänzt um Systematik: Kein Vertretungserfordernis
 - SG Wiesbaden, GB vom 20.08.2020 – S 18 KR 438/18
 - SG Aachen, Urteil vom 07.07.2020 – S 14 KR 560/19
 - SG Aachen, Urteil vom 09.02.2021 – S 13 KR 559/19
 - SG Köln, Urteil vom 11.03.2022 – S 24 KR 2372/19
 - Hessisches LSG, Urteil vom 25.03.2021 – L 8 KR 731/18

- BfArM-Klarstellungen zum OPS 2022 mit Wirkung zum OPS 2021 („Behandlungsleitung“)
 - Formulierung (Auszüge):
 - *„Die Festlegung bedeutet, dass eine Person als Behandlungsleitung ausreicht, um das Strukturmerkmal zu erfüllen, sofern nicht bei dem einzelnen OPS-Code ausdrücklich vorgegeben ist, dass die Behandlungsleitung durch mehrere Personen zu erfüllen ist.“*
 - *Für den Fall, dass die Behandlungsleitung die Planung, Koordination und Überwachung der Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten nicht erfüllen kann, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils codespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen. (...) “*
 - Sofern daraus grds. Vertretungserfordernis begründet werden soll:
 - Klarstellung rechtswidrig: § 295 Abs.1 S. 8 und § 301 Abs.2 S.6 SGB V
 - Klarstellungsermächtigung für BfArM
 - *„soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.“*
 - Hier: Erweiternde Anforderungen an Verschlüsselung erbrachter Leistungen
 - Zur Verfassungsmäßigkeit der Klarstellungsermächtigung: Richtervorlage beim BVerfG: 1 BvL 11/20

- Einzelne aktuelle Entscheidungen im einstweiligen Rechtsschutz
 - SG Koblenz, Beschluss vom 14.01.2022 – S 2 KR 1044/21 ER
 - SG Nürnberg, Beschluss vom 10.02.2022 – S 18 KR 981/21 ER
 - SG Stuttgart, (Kosten-)Beschluss vom 11.03.2022 – S 24 KR 280/22 ER
 - SG Köln, Beschluss vom 14.03.2022 – S 24 KR 103/22 ER
 - SG Ulm, Beschluss vom 16.03.2022 – S 5 KR 3139/21 ER
- Kernaussagen
- Vorwegnahme der Hauptsache
 - Fehlendes Rechtsschutzbedürfnis
 - Fehlender Anordnungsgrund

JEDOCH:



Aktenzeichen:
S 2 KR 1044/21 ER



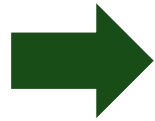
SOZIALGERICHT KOBLENZ

BESCHLUSS

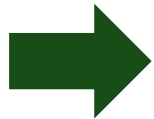
In dem Rechtsstreit

1. Der Antrag wird abgelehnt.
2. Die Antragstellerin trägt die Kosten des Verfahrens.
3. Der Streitwert wird auf 100.000,00 € festgesetzt.

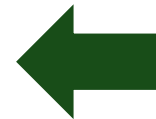




kassen Tatbestandswirkung zukommt. Das heißt die Krankenkassen sind an den Verfügungssatz, der auch Grundlage der jährlichen Entgeltverhandlungen ist, gebunden und können diesen insbesondere nicht im Wege der Drittanfechtung gerichtlich überprüfen lassen (Seifert in Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Aufl. 2020, § 275d RdNr. 6). Die einstweilige Anordnung darf



Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Aufl. 2020, § 275d RdNr. 6). Mit der Bundestagsdrucksache 19/14871 hat der Gesetzgeber nunmehr klargestellt, dass, sofern ein Krankenhaus gegen das Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes klagt, es aufgrund der aufschiebenden Wirkung der Klage die entsprechenden Leistungen weiter vereinbaren und abrechnen kann; der Ausschluss nach § 275d Abs. 4 Satz 1 SGB V insofern erst ab dem Zeitpunkt der Rechtskraft der Entscheidung, die die Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen aufweist, gilt.



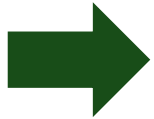


30.12.2021 erhoben. Der Widerspruch hat gemäß § 86a Abs. 1 Satz 1 SGG aufschiebende Wirkung. Nach dem Willen des Gesetzgebers greift der Ausschluss nach § 275d Abs. 4 Satz 1 SGB V insofern erst ab dem Zeitpunkt der Rechtskraft der Entscheidung, die die Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen ausweist. Die Strukturprüfung ist damit erst mit der Bestandskraft des Negativbescheides vom 22.12.2021 abgeschlossen. Erst danach setzt das Vereinbarungs- und Abrechnungsverbot nach Satz 1 ein (vgl. Seifert in Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Aufl. 2020, § 275d RdNr. 10). Die Antragstellerin kann also weiterhin den streitgegenständlichen OPS-Code vereinbaren und abrechnen.

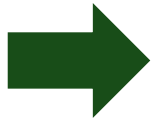
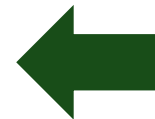


Strukturmerkmale im Wege der einstweiligen Anordnung zu begründen. Auch die Krankenkassen sind an den Willen des Gesetzgebers gebunden, der in der Bundestagsdrucksache 19/14871 ausdrücklich zum Ausdruck gebracht hat, dass aufgrund der aufschiebenden Wirkung der Klage die Leistungen weiter vereinbart und abgerechnet werden dürfen. Dass der Gesetzgeber nicht ausdrücklich erwähnt hat,

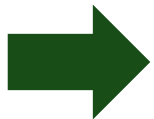
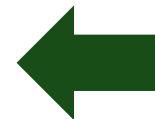




Wenn aber der Ausschluss von Vereinbarung und Abrechnung nach § 275d Abs. 4 Satz 1 SGB V erst ab dem Zeitpunkt der Rechtskraft der Entscheidung gilt, so können sich die Krankenkassen nicht auf die formelle Vorlage einer Bescheinigung nach § 275d Abs. 3 SGB V stützen und eine entsprechende Vereinbarung und Abrechnung verneinen. Dies würde dem Willen des Gesetzgebers ausdrücklich entgegenlaufen. Den Krankenkassen wäre also eine entsprechende Mitteilung darüber zu machen, dass ein Widerspruchs- bzw. Klageverfahren anhängig ist. Im Übrigen



Die Antragstellerin kann also derzeit aufgrund der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs auch weiterhin den streitgegenständlichen OPS-Code 8-97d abrechnen und die von ihr dargelegten erheblichen wirtschaftlichen Nachteile dadurch abwenden. Dem Erlass einer einstweiligen Anordnung zur Sicherstellung der Vergütung bedarf es aus den oben genannten Gründen gerade nicht.



Sollten die Krankenkassen entgegen dem eindeutigen Willen des Gesetzgebers die weitere Vereinbarung und Abrechnung von Leistungen verweigern, bestünde insoweit die Möglichkeit, gegen die entsprechende Krankenkasse im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes vorzugehen.



S 18 KR 981/21 ER



Dokument unterschrieben
von: Walter, Isabell
am: 10.02.2022 14:03

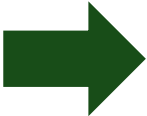


SOZIALGERICHT NÜRNBERG

In dem Antragsverfahren

B e s c h l u s s :

- I. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird als unzulässig verworfen.
- II. Kosten des Anordnungsverfahrens sind nicht zu erstatten
- III. Der Streitwert wird auf 430.000,00 € festgesetzt.



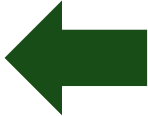
ren ist es der Ast zumutbar, abzuwarten, ob dieser Fall tatsächlich eintritt. Im Zweifel wäre die Rechnung der Ast von der Kasse zu begleichen (denn es besteht gerade kein Erbringungsverbot) und die Ast wäre ggf. einem Erstattungsanspruch ausgesetzt. Gegen einen solchen könnte sie dann gerichtlich vorgehen. Dies ist ihr auch zumutbar. Letztlich möchte



Nach § 275d Abs. 4 S. 1 SGB V können zwar Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht erfüllen, diese Leistungen ab dem Jahr 2022 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Nach Satz 2 können diese Krankenhäuser aber bis zum Abschluss der Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen, sofern die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale nach Abs. 2 aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen erst nach dem 31. Dezember 2021 vorliegt.



Dieser Fall ist vorliegend gegeben. Die Ast hat es nicht zu vertreten, dass sie bislang keine Bescheinigung (Bescheid) über die Einhaltung des streitigen OPS-Codes vorlegen kann. Sie hat zeitgerecht im Juni 2021 den Antrag bei dem Ag gestellt. Dass die Prüfung vor Ort „erst“ im Oktober 2021 stattgefunden – und der negative Bescheid im Dezember 2021 erlassen worden ist –, hat sie nicht zu vertreten. Der Widerspruch gegen den Negativbescheid hat aufschiebende Wirkung, so dass auch keine bestandskräftige Negativbescheinigung vorliegt. Die Ast hat vor ihrem Antrag im Juni 2021 bereits das streitige Strukturmerkmal erbracht, die Prüfung durch den MD erfolge quasi turnusmäßig. Entsprechend § 275d Abs. 4 S. 2 SGB V ist sie mithin berechtigt, diese streitige Leistung weiterhin mit den Krankenkassen bis zum rechtskräftigen Abschluss der Strukturprüfung zu vereinbaren und abzurechnen. Der Gesetzgeber hat bereits bei der Einführung der Strukturprüfung mit erheblichen Schwierigkeiten in der Umstellungsphase gerechnet (BT-Drs. 19/13397,



Sozialgericht Stuttgart

Az.: S 24 KR 280/22 ER



Beschluss

in dem Rechtsstreit

- 1. Die Antragstellerin trägt die Kosten des Verfahrens.**

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Antragstellerin wäre bei einer streitigen Entscheidung des übereinstimmend für erledigt erklärten Verfahrens voraussichtlich unterlegen, sodass ihr die Kosten aufzuerlegen sind.



Bei Eingang des Antrags beim Sozialgericht waren Widersprüche der Antragstellerin gegen die Verwaltungsakte des Antragsgegners vom 09.12.2021 anhängig; mit diesen Verwaltungsakten lehnte der Antragsgegner nach Begutachtung die Bescheinigungen über die Einhaltung der Strukturmerkmale ab. Die Widersprüche hatten aufschiebende Wirkung (§ 86a Abs. 1 S. 1 SGG; vgl. *BT-Drs. 19/14871, 107; Becker/Kingreen/Seifert, 7. Aufl. 2020, SGB V § 275d Rn. 6*), was auch der Antragsgegner nicht in Zweifel gezogen hat. Der Antragsgegner hat den Widersprüchen dann alsbald mit Abhilfebescheiden vom 08.02.2022 abgeholfen. Insofern lag ein Vereinbarungs- und Abrechnungsverbot nach § 275d Abs. 4 S. 1 SGB V der OPS-Codes 8-98f.– niemals vor. Die Leistungen konnten bis zu einer bestandskräftigen Ablehnung von der Antragstellerin weiter erbracht und abgerechnet werden; auch mussten bis zu einer Bestandskraft erbrachte Leistungen nicht rückabgewickelt werden (*BT-Drs. 19/14871, 107; Becker/Kingreen/Seifert, 7. Aufl. 2020, SGB V § 275d Rn. 10*).



Sozialgericht Köln

Az.: S 24 KR 103/22 ER

Beschluss

In dem Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt.

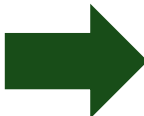
Die Kosten des Verfahrens werden der Antragstellerin auferlegt.

Der Streitwert wird auf 110.000 € festgesetzt.



Rechtsschutz zu ersuchen. Eine besondere Eilbedürftigkeit für den Erlass einer einstweiligen Anordnung wegen der derzeitigen Ablehnung der Erteilung der Bescheinigung nach § 275d SGB V ist aber aus einer vorgetragenen und allgemeinen Ankündigung einer Zahlungsverweigerung von nicht näher bezeichneten Krankenkasse nach Auffassung der Kammer jedenfalls nicht herzuleiten. Dies gilt umso mehr, als dass zumindest aus der Regelung in § 8 Abs. 4 S. 3 KHEntgG bzw. aus § 275d Abs. 4 S. 1 SGB V für die Antragstellerin nach summarischer Prüfung im Verfahren auf einstweiligen Rechtsschutz kein (unmittelbares) gesetzliches Verbot folgt, die Leistungen für den hier streitigen OPS Code zunächst weiterhin abzurechnen, da aktuell die Prüfung nach § 275d SGB V nach Erhebung des Widerspruchs nicht bzw. nicht bestandskräftig abgeschlossen ist. Die Vorgabe zum „Ergebnis der Prüfung nach § 275d SGB V“ dürfte in diesem Zusammenhang vielmehr so zu verstehen sein, dass die Strukturprüfung nach § 275d SGB V bestandskräftig abgeschlossen sein muss. Hierfür sprechen sowohl der Wortlaut der Regelung als auch die Erwägungen in der BT-Drucks 19/14871 zu § 275d SGB V, wenn es darin heißt:

„Sofern das Krankenhaus gegen das Prüfergebnis des medizinischen Dienstes klagt, kann es aufgrund der aufschiebenden Wirkung der Klage die entsprechenden Leistungen weiter vereinbaren und abrechnen; der Ausschluss nach § 275 Abs. 4 S. 1 gilt insofern erst ab dem Zeitpunkt der Rechtskraft der Entscheidung, die die Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen ausweist.“



Unter Berücksichtigung dieser Ausführungen des Gesetzgebers dürfte daher die Regelung in § 8 Abs. 4 S. 3 KHEntgG bzw. in § § 275d Abs. 4 S. 1 SGB V so zu verstehen sein, dass hiernach erst nach bestandskräftiger Prüfung eine Abrechnung der entsprechenden Leistungen des beanstandeten OPS ausgeschlossen ist. Mithin folgt auch aus der Vorgabe in § 275d Abs. 4 S. 1 SGB V erst dann ein konkretes bzw. unmittelbares Verbot für eine aktuelle bzw. zukünftige Abrechnung, wenn die Entscheidung über die etwaige Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen rechtskräftig ist.



Sozialgericht Ulm

Az.: S 5 KR 3139/21 ER



Beschluss

in dem Rechtsstreit

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt.

Die Kosten des Verfahrens trägt die Antragstellerin.

Der Streitwert wird auf 245.982,36 € festgesetzt.



zulässig. Denn der gegen den Bescheid vom 08.12.2021 erhobene Widerspruch besitzt aufschiebende Wirkung. Diese entfällt erst bei Bestandskraft der Entscheidung des Antragsgegners oder im Falle einer anschließenden Klage mit Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung. Der in § 275d Abs. 1 Satz 1 SGB V geregelte Ausschluss gilt insofern erst ab dem Zeitpunkt der Rechtskraft der Entscheidung, die die Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen ausweist. Da der Antragsgegner die eingetretene



Somit kann und darf die Antragstellerin die streitige Leistung weiterhin vereinbaren und abrechnen. Einer einstweiligen Anordnung gegenüber dem Antragsgegner bedarf es nicht. Insofern mangelt es an einem Rechtsschutzbedürfnis. Sollten einzelne Krankenkassen tatsächlich den eingelegten Widerspruch missachten und die Leistung nicht vergüten, so wären diesen gegenüber rechtliche Schritte einzuleiten. Offenbleiben kann in diesem Verfahren, ob dies nach § 86b Abs. 1 SGG oder aber § 86b Abs. 2 SGG zu erfolgen hätte.



- Ergo:
 - Bislang kein KH bekannt, dass vorläufige Bescheinigung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren erhalten hat
 - Keine Notwendigkeit zur Vorlage einer solchen Bescheinigung wegen aufschiebender Wirkung von Widerspruch und Klage
 - Bis zur Bestandskraft des Ausgangsbescheides kein Vereinbarungs- und Abrechnungsverbot
 - Erst recht kein Erbringungsverbot
 - anders als bei Mindestmengenregelung des § 136b Abs.5 S.1 SGB V
 - Beschwerdeverfahren gegen negative erstinstanzliche Beschlüsse im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nicht bekannt

- Eines der wesentlichen zukünftigen Rechtsprobleme
 - Erstattungsansprüche der KK nach bestandskräftig negativem Strukturprüfungsbescheid
 - Gesetzeswortlaut unergiebig
 - Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses vom 06.11.2019
 - BT-Drucksache 19/14871, S.106 zu § 275d Abs.4 SGB V:
 - *„Die vom KH erbrachten Leistungen werden auch dann nicht rückabgewickelt, wenn im Rahmen der Strukturprüfung festgestellt wird, dass die Strukturmerkmale zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht erfüllt waren.“*
 - Frage:
 - Gilt das grundsätzlich, oder nur für vom KH nicht zu vertretene, verzögerte Prüfungen?!

Erörterungsverfahren gem. § 17c Abs.2b KHG

Strukturmerkmalsprüfungen gem. 275d SGB V

Aufschläge gem. § 275c Abs.3 SGB V

Exkurse:

(Fehlerhafte) Prüfquotenermittlung gem. § 275c Abs.4 SGB V

Fiktive Beurlaubung gem. § 8 Abs.5 S.3 KHEntgG ab 01.01.2019

- § 275c Abs.3 SGB V : „Strafzahlungen“ („Aufwandspauschale retour“)
 - Gilt für alle vom MD geminderten Schlussrechnungen des betroffenen Quartals mit ... (streitig):
 - Datum der Krankenhausaufnahme oder
 - Datum des Rechnungszugangs oder
 - Datum des Zugangs der Prüfeinleitung durch den Medizinischen Dienst oder
 - Datum des Zugangs der Leistungsentscheidung durch die KK (GKV-SpiV + BMG)
 - Gilt nicht für:
 - KK-Prüfungen ohne MD
 - Prüfungen, ohne das MD Daten beim KH erheben muss (z.B.: 2.Stufe: Sozialmedizinische Fallberatung)
 - Vor-, nach- und teilstationäre Behandlungsfälle
 - Zwischenrechnungen
 - Im Vorverfahren zwischen KH und KK konsentiert Fälle
 - Fälle ohne Rechnungsminderung und Höherbegutachtung durch MD
 - Zusätzlich zur Rückzahlung des erhöht abgerechneten Betrages: Aufschlag auf Differenz
 - Kein Aufschlag 60 % und mehr unbeanstandeter Abrechnungen
 - 25 % Aufschlag bei 40-60 % unbeanstandeter Abrechnungen
 - 50 % Aufschlag bei 40 % und weniger unbeanstandeter Abrechnungen
 - Mindestbetrag: 300 €
 - Höchstgrenze 10 Prozent des aufgrund der MD-Prüfung geminderten Rechnungsbetrages
 - Mindestbetrag geht Höchstbetrag vor
(„wobei der Mindestbetrag von 300 Euro nicht unterschritten werden darf“)

- Sachverhalt
 - „Strafzahlungsbescheid“ und Widerspruchsbescheid der KK
 - via MDK04-Mitteilung im Datenträgeraustausch gem. § 301 SGB V
 - Postalisch
 - via Fax

- Rechtsschutzmöglichkeiten
 - Rechtsschutz gegen „Strafzahlungsbescheid“
 - Widerspruch ggü. KK (§ 84 SGG)
 - hat gem. § 275c Abs.5 SGB V keine aufschiebende Wirkung
 - Rechtsschutz gegen negativen Widerspruchsbescheid der KK
 - Klage bei SG gegen KK (§§ 86a Abs.1, 87 SGG)
 - hat gem. § 275c Abs.5 SGB V keine aufschiebende Wirkung
- Zusätzlich
 - Einstweiliger Rechtsschutz (§ 86b Abs.1 Nr.2 SGG)
 - auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung

Erste Erfahrungen

- Häufige Rechtsprobleme
 - Rechtsqualität
 - Verwaltungsakt iSd. § 31 SGB X
 - Rechtsschutzbedürfnis für einstweiligen Rechtsschutz
 - Keine vorprozessuale Anrufung der Behörde notwendig
 - BSG, Urteil vom 17.10.2007 – B 6 KA 4/07 R
 - BSG, Urteil vom 14.02.2013 – B 14 AS 62/12 R
 - *„Ein erfolglos durchlaufendes Antragsverfahren nach § 86a Abs. 3 SGG ist schließlich nicht Voraussetzung für einen Antrag nach § 86b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG“*
 - Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl. 2020, Rdn. 7a
 - Formelle Rechtmäßigkeit
 - Ordnungsgemäße Anhörung nicht erfolgt (§ 24 SGB X)
 - BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 16/20 R (zur Mindestmengenregelung)
 - BSG, Urteil vom 26.07.2016 – B 4 AS 47/15 R (zur Anhörungsnachholung)
 - Entbehrlich gem. § 24 Abs. 2 Nr. 4 oder nachgeholt gem. § 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X?
 - Materielle Rechtmäßigkeit
 - Zeitlicher Anknüpfungspunkt erst 2022, oder bereits zuvor?
 - KH-Aufnahme / Rechnung / Prüfeinleitung / Leistungsentscheidung?

- Einstweiliger Rechtsschutz gegen „Strafzahlungsbescheid“ (§ 86b Abs.1 Nr.2 SGG)
- Rechtsschutzziel
 - Anordnung der aufschiebenden Wirkung
- Voraussetzungen
 - Mangels konkreter materieller Kriterien im Gesetz richterrechtlich ausgebildet
 - Offensichtliche Rechtswidrigkeit und Verletzung subjektiver Rechte des Antragstellers
 - Bei fehlender Offensichtlichkeit
 - Abwägung für und gegen sofortige Vollziehung sprechender Gesichtspunkte
 - Eilbedürftigkeit keine Voraussetzung (anders als bei § 86b Abs.2 S.2 SGG)

Sozialgericht Fulda
4. Kammer
Der Vorsitzende



Aktenzeichen (Bitte stets angeben)
S 4 KR 120/22 ER
Verf.-Datum 30.03.2022

danke ich für die Antragserwiderung, weise aber der Vollständigkeit halber darauf hin, dass bei einem Antrag nach § 86b Abs. 1 SGG ☐ anders als bei eA-Anträgen gem. § 86b Abs. 2 SGG ☐ eine Eilbedürftigkeit für die Begründetheit des Antrags nicht erforderlich ist.

- Streitwert
 - Aufschlagshöhe (Ohne Abzug / Hälfzig / Geviertelt)

- Einzelne aktuelle Entscheidungen im einstweiligen Rechtsschutz
 - SG Düsseldorf, Beschluss vom 16.03.2022 – S 33 KR 182/22 KH ER
 - Kernaussage
 - Keine Anordnung der aufschiebenden Wirkung wegen fehlender offensichtlicher Rechtswidrigkeit des Aufschlagsbescheides
 - SG Hannover, Beschluss vom 18.03.2022 – S 76 KR 112/22 ER KH
 - Kernaussage
 - Anordnung der aufschiebenden Wirkung
 - Rechnung entscheidend
 - Offen gelassen, ob Erstellung oder Zugang



Sozialgericht Düsseldorf

Az.: S 33 KR 182/22 KH ER

Beschluss

In dem Rechtsstreit

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird zurückgewiesen.

Die Antragstellerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

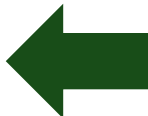
Der Streitwert wird endgültig auf 75,00 € festgesetzt.





Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Bescheid nicht offensichtlich rechtswidrig.

Der Umstand, dass die Antragsgegnerin die Antragstellerin vor Erlass des streitgegenständlichen Bescheides nicht angehört hat, begründet keine durchgreifenden Zweifel an der formellen Rechtmäßigkeit des Bescheides. Hierbei kann offenbleiben, ob eine Anhörung vorliegend überhaupt erforderlich ist. Selbst wenn dies der Fall ist, könnte die Anhörung gemäß § 41 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X) bis zur letzten Tatsacheninstanz nachgeholt werden. Solange eine solche Heilung noch möglich ist, liegt keine endgültige Rechtsverletzung und damit auch keine hinreichende Erfolgsaussicht in der Hauptsache vor (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13.02.2020,





Sowohl die Antragsgegnerin als auch die Antragstellerin haben darauf hingewiesen, dass der Wortlaut des § 275c Abs. 3 SGB V keine klaren Anknüpfungspunkte für den Aufschlag nach § 275c Abs. 3 SGB V enthält. Vielmehr erscheint der Kammer nach summarischer Prüfung der Sach- und Rechtslage der Ausgang eines Hauptsacheverfahrens offen, denn sowohl die von der Antragstellerin als auch die von der Antragsgegnerin vertretenen Standpunkte sind nicht offensichtlich abwegig. Die Kammer stimmt zwar dahingehend mit der Auffassung der Antragstellerin dahingehend überein, dass das BMG nicht durch ein nach Inkrafttreten des Gesetzes veröffentlichtes Schreiben die zeitliche Anwendbarkeit von § 275c Abs. 3 SGB V für die Gerichte bindend regeln kann. Allerdings sind die darin enthaltenen Erwägungen, dass erst nach der Prüfung durch den MD klar ist, ob es zu einer Minderung der Abrechnung kommt, nicht ersichtlich aussichtslos. Da es bisher auch keine höchstrichterliche Rechtsprechung zum Anknüpfungspunkt des § 275c Abs. 3 SGB V gibt und im Wege der Gesetzesauslegung mehrere Auslegungsergebnisse vertretbar sein dürften, verbleibt es dabei, dass das Vollzugsinteresse der Antragsgegnerin das Aussetzungsinteresse der Antragstellerin überwiegt. Insbesondere führt auch der Hinweis der Antragsgegnerin, dass das BSG in anderen Konstellationen im Leistungsrecht auf andere Zeitpunkte als den der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse abgestellt haben, nicht dazu, dass der angefochtene Bescheid offensichtlich rechtswidrig ist, denn die genannten Entscheidungen befassen sich mit anderen Konstellation als dem Aufschlag nach § 275c Abs. 3 SGB V und können daher nicht ohne weiteres auf die hier vorliegende Konstellation übertragen werden.





Beglaubigte Abschrift



Sozialgericht Hannover Beschluss

S 76 KR 112/22 ER KH

In dem Rechtsstreit

1. Die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs der Antragstellerin vom 15.02.2022 gegen den Bescheid der Antragsgegnerin vom 14.02.2022 wird angeordnet.
2. Die Antragsgegnerin trägt die Kosten des Verfahrens.
3. Der Streitwert beträgt 389,66 €.





Sinn und Zweck des § 275c Abs. 3 SGB V ist nach der Gesetzesbegründung daher offensichtlich die Schaffung eines Anreizes für eine ordnungsgemäße Rechnungsstellung. Entscheidender Anknüpfungspunkt für die Anwendung von § 275c Abs. 3 SGB V ist somit eine Rechnungserstellung der Krankenhäuser im Jahr 2022. Denn im Zeitpunkt der Rechnungsstellung soll das Krankenhaus ab dem Jahr 2022 durch die Regelung dazu angehalten werden, eine regelkonforme Kodierung und Abrechnung vorzunehmen, die nicht zu einer Beanstandung durch die Krankenkassen führt. Auch das BMG geht in seiner Stellungnahme vom 13.10.2021 davon aus, dass der Aufschlag für die Krankenhäuser einen Anreiz für eine regelkonforme Abrechnung setzen soll. Soweit es jedoch daraus den Schluss zieht, dass aus diesem Grund die Aufschläge „schnellstmöglich“ zu erheben seien, ist dies wenig überzeugend, weil es für diese Argumentation weder im Gesetz noch in der Gesetzesbegründung Belege gibt. Auch die Verschiebung der Erhebung der Aufschläge vom Jahr 2020 auf das Jahr 2022 aufgrund der Corona-Pandemie ist kein schlüssiges Argument für eine frühestmögliche Erhebung von Aufschlägen. Auch bei einem Inkrafttreten der Regelung im Jahr 2020 wäre eine Debatte um den richtigen zeitlichen Anknüpfungspunkt entstanden. Durch eine Verschiebung des Inkrafttretens kann jedoch nicht die Intention des Gesetzgebers umgangen werden, für welches Verhalten der Krankenhäuser die Regelung vorgesehen ist. Auf die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkassen kann es daher nicht ankommen. Da ein Verhalten des Krankenhauses belohnt bzw. sanktioniert werden soll, ist ein zeitlicher Anknüpfungspunkt, auf den das Krankenhaus keinen Einfluss mehr hat, weder zielführend noch angemessen. Denn dann läge es - wie im vorliegenden Fall - in der Sphäre der Krankenkassen und des MD, ob es bei einer im Jahr 2021 gestellten Rechnung noch zu einer leistungsrechtlichen Entscheidung im Jahr 2021 oder zu einer Entscheidung im Jahr 2022 mit entsprechender Festsetzung eines Aufschlages kommt.



• Ergo:

- Divergierende Instanzenentscheidungen
- Beschwerdeverfahren gegen erstinstanzliche Beschlüsse des einstweiligen Rechtsschutzes bislang nicht bekannt
 - Entgegenstehen dürfte streitwertbedingt regelmäßig ohnehin § 172 Abs.3 S.1 SGG:
 - „Die Beschwerde ist ausgeschlossen in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes, wenn in der Hauptsache die Berufung der Zulassung bedürfte“
- Letztgültige Beantwortung der Rechtsfragen bleibt höchstrichterlicher Rechtsprechung vorbehalten
→ Sprungrevision in Hauptsacheverfahren?!
- Einige KK verzichten auf den Sofortvollzug
 - nach Anschreiben durch die KH
 - im Rahmen der einstweiligen Rechtsschutzverfahren

Erörterungsverfahren gem. § 17c Abs.2b KHG

Strukturmerkmalsprüfungen gem. 275d SGB V

Aufschläge gem. § 275c Abs.3 SGB V

Exkurse:

(Fehlerhafte) Prüfquotenermittlung gem. § 275c Abs.4 SGB V

Fiktive Beurlaubung gem. § 8 Abs.5 S.3 KHEntgG ab 01.01.2019

Exkurs: Rechtsschutz gegen (fehlerhafte) Prüfquotenermittlung

- Sachverhalt
 - Zeitraum des Betrachtungsquartals 04/2021 für Anwendungsquartal 02/2022
 - Veröffentlichte Statistikdaten des GKV-Spitzenverbandes auf dessen Homepage
 - Rechtsnatur: Adressatenbezogene Allgemeinverfügung, § 31 S.2 SGB X
 - Ausweisung von Leistungsentscheidungen

GKV-Spitzenverband	KH
82, davon 31 unbeanstandet	84, davon 34 unbeanstandet
37,8 % unbeanstandet 15 % Prüfquote 50 % Aufschlag	40,4 % unbeanstandet 10 % Prüfquote 25 % Aufschlag

Differenz:
Ca. 80.000 €

→ Gründe für Abweichung

- 2x „MDK 03“ von GKV-Spitzenverband nicht berücksichtigt
 - Datenübermittlungsvereinbarung definiert MDK03 als:
 - „Leistungsrechtliche Entscheidung hat aufgrund Datensatzkorrektur (...) im MD-Verfahren, ohne MD-Abbruch, keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis“
 - Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes
 - „Zu übermitteln sind (...) abgeschlossene MDK-Gutachten (...) ohne Minderung des Abrechnungsbetrages (...) Schlüssel 30 „MDK01“ und „MDK03““
- 1x MDK01 fehlerhaft als MDK02 gemeldet (von KK+MD schriftlich bestätigt)

Exkurs: Rechtsschutz gegen (fehlerhafte) Prüfquotenermittlung

- Rechtsschutz
 - § 275c Abs. 5 SGB V
 - „Widerspruch und Klage gegen (...) die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung. **Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelner Prüfungen nach Absatz 1 sind bei der Ermittlung der Prüfquote nicht zu berücksichtigen.** Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen nach Absatz 1 lassen die für das jeweilige betrachtete Quartal ermittelte Prüfquote nach Absatz 2 unberührt.“
 - § 86b Abs.1 Nr.2 SGG
 - Eilrechtsschutz: Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung
 - Schadensersatzanspruch ggü. fehlerhaft meldender KK + MD
 - Pflichtverletzung
 - Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes
 - „Die Krankenkassen haben durch geeignete Verfahren sicherzustellen, dass ihre Daten vollständig, fehlerfrei und plausibel an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden.“
 - Schaden
 - Erstattungsansprüche aus zeitlich späteren Prüfungen?
 - KK als Herrin des Prüfverfahrens?

Erörterungsverfahren gem. § 17c Abs.2b KHG

Strukturmerkmalsprüfungen gem. 275d SGB V

Aufschläge gem. § 275c Abs.3 SGB V

Exkurse:

(Fehlerhafte) Prüfquotenermittlung gem. § 275c Abs.4 SGB V

Fiktive Beurlaubung gem. § 8 Abs.5 S.3 KHEntgG ab 01.01.2019

- Sachverhalt
 - Fiktive Beurlaubung auf Basis bundessozialgerichtlicher Rechtsprechung zum fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten
 - Maßgebliches Datum: 01.01.2019 → § 8 Abs.5 S.3 KHEntgG
 - Bis Aufnahmedatum 31.12.2018
 - BSG, Urteil vom 01.07.2014 – B 1 KR 62/12 R
 - BSG, Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 3/15 R
 - BSG, Urteil vom 28.03.2017 – B1 KR 29/16 R
 - BSG, Urteil vom 19.11.2019 – B 1 KR 6/19 R
 - BSG, Urteil vom 27.10.2020 – B 1 KR 9/20 R
 - *„Etwas anderes ergibt sich jedenfalls für den vorliegend maßgeblichen Abrechnungszeitraum nicht aus der (...) eingefügten Regelung des § 8 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG*
 - *Sie findet daher auf den vorliegenden Abrechnungsfall aus dem Jahr 2012 (noch) keine Anwendung.*
 - *Die in den Gesetzesmaterialien zum Ausdruck gebrachte Auffassung, dass es sich bei § 8 Abs 5 Satz 3 KHEntgG lediglich um eine Klarstellung handele (s. BT-Drucks. 19/5593 S.125 (...)), bindet den erkennenden Senat nicht.“*

→ Aktuell anhängiges Verfahren beim BSG

- BSG B 1 KR 14/21 R
- Mündliche Verhandlung terminiert auf 26.04.2022
- Altfall (Aufnahme vor 01.01.2019)
- Abweichung von allen bisher entschiedenen Altfällen
 - Kennzeichnung in Spalte 13 des DRG-Fallpauschalenkataloges als Ausnahme von der Wiederaufnahme
 - Abschließende Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes durch die Selbstverwaltungspartner

- Ab Aufnahmedatum 01.01.2019
 - SG Aachen, Urteil vom 12.08.2021 – S 13 KR 345/20
 - SG Duisburg, Urteil vom 26.08.2021 – S 17 KR 1272/20
 - SG Koblenz, Urteil vom 23.09.2021 – S 1 KR 101/21
 - SG Augsburg, Urteil vom 13.12.2021 – S 10 KR 400/21
 - SG Mannheim, GB vom 14.12.2021 – S 6 KR 2240/21
 - SG Duisburg, GB vom 17.12.2021 – S 46 KR 1295/20
 - SG Augsburg, Urteil vom 17.12.2021 – S 2 KR 385/21
- Kernaussage (z.B. in o.g. Urteil der 17. Kammer des SG Duisburg)
 - *„Die von der Beklagten vorgetragene Argumentation, dass auch nach Inkrafttreten des § 8 Abs. 5 S. 3 KHEntgG weiterhin eine Fallzusammenführung aufgrund eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens möglich ist (...), widerspricht sowohl dem Wortlaut als auch dem gesetzgeberischen Willen (...).*
 - *Rechtliche Bedenken gegen die Regelung in § 8 Abs. 5 S. 3 KHEntgG und die Einschränkung des Wirtschaftlichkeitsgebots bestehen nicht, da das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V kein Grundsatz von Verfassungsrang ist und somit durch einfaches Gesetz modifiziert werden kann.“*

VIelen DANK
FÜR IHRE
AUfMERKSAMKEIT

Kontakt:

BregenHorn-Wendland & Partner Rechtsanwälte mbB

Rechtsanwalt Dr. jur. Jens-Hendrik Hörmann, LL.M.

Steinring 45a – 44789 Bochum

Tel.: 0234 416 061 0

hoermann@med-juris.de