

# **Arbeitshilfe zu §§ 47-52 SGB XII, § 25 SGB XII und §§ 4 und 6a AsylbLG**

## **Verfahren bei Prüfungen von Krankenhausrechnungen durch den Medizinischen Dienst**

(Gz. SI 222/112.30-3-21, Bezug zu SI 22/112.30-16-1 und SI 22/112.30-1-17-1)

Stand 15.06.2021

### **Inhalt**

1. Ziel und Inhalte.....	2
2. Verfahren bei allen Krankenhausrechnungen.....	2
2.1 Feststellung des Anspruchs vor der Behandlung.....	2
2.1.1 Behandlungsschein .....	2
2.1.2 24-Stundenschein.....	2
2.2 Feststellung des Anspruchs nach der Behandlung.....	3
3. Kommunikation mit der antragstellenden Person bzw. dem Krankenhaus.....	3
4. Verfahren bei Rechnungen bis 500 Euro .....	4
5. Verfahren bei Rechnungen über 500 Euro .....	4
5.1 Rechnungssumme wird nicht beanstandet.....	4
5.2 Rechnungssumme wird beanstandet .....	4
6. Widerspruch des Krankenhauses.....	5
7. Inkrafttreten.....	5

## 1. Ziel und Inhalte

Krankenhausrechnungen zur Geltendmachung von Ansprüchen nach §§ 47 ff. oder 25 SGB XII bzw. §§ 4 und 6a AsylbLG, die bei den aktenführenden Dienststellen eingereicht werden, und bei denen das Vorliegen der Anspruchsberechtigung dem Grunde nach bereits festgestellt wurde, werden zukünftig ab einer Rechnungssumme von 500 Euro dem externen Dienstleister Medizinischer Dienst (MD) zur Prüfung vorgelegt werden.

Die Arbeitshilfe dient der Unterstützung bei der Umsetzung des neuen Verfahrens bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen durch den MD.

## 2. Verfahren bei allen Krankenhausrechnungen

### 2.1 Feststellung des Anspruchs vor der Behandlung

#### 2.1.1 Behandlungsschein

Bei Personen, die vor ihrer Behandlung im Krankenhaus in der aktenführenden Dienststelle vorsprechen, wird die Anspruchsberechtigung bereits vor der Behandlung geprüft. Bei Vorliegen der örtlichen Zuständigkeit wird die behandelte Person in OPEN/PROSOZ erfasst (Grunddaten), falls noch nicht vorhanden. Bei Vorliegen aller weiteren Voraussetzungen wird die Leistung Krankenhilfe gemäß §§ 47 ff. SGB XII dem Grunde nach verfügt und über die Vorlagen in dem CCM-Fenster ein Behandlungsschein für eine stationäre Krankenhausbehandlung ausgestellt. Auf diesem Behandlungsschein wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Krankenhilfe gemäß §§ 47 ff. SGB XII dem Grunde nach bewilligt wird (s. [Fachanweisung zu §§ 47 - 52 SGB XII - Anlage 2 - Behandlungsschein stationär](#)). Eine spätere Prüfung der Rechnungshöhe wird somit vorbehalten.

Es ist eine Meldung zum verfügten Leistungsberechtigungszeitraum an das Fachverfahren Care Cost Manager (CCM) der Abrechnungsstelle SI 223 zu erzeugen. Dies erfolgt durch Öffnen und Ausfüllen der erforderlichen Felder im CCM-Fenster.

Nach der Behandlung reicht das Krankenhaus die Rechnung bei der aktenführenden Dienststelle ein. Die Rechnung wird bezüglich der vorher festgestellten Anspruchsberechtigung geprüft. Anschließend werden die Unterlagen (Rechnung im Original, Aufnahmediagnose und Entlassungsbericht) mit dem händischen Vermerk „sachlich richtig bezüglich der Anspruchsberechtigung“ (Teilbescheinigung) und Angabe der entsprechenden Leistungskennziffer an die Abrechnungsstelle SI 223 per Behördenpost zugeschickt.

#### 2.1.2 24-Stundenschein

Auch bei Behandlungen auf Grund eines 24-Stundenscheins liegt eine Kostenübernahmeerklärung dem Grunde nach vor. Nach der Behandlung reicht das Krankenhaus die Rechnung bei der aktenführende Dienststelle ein. Die Rechnung wird bezüglich der Anspruchsberechtigung geprüft und, falls alle Voraussetzungen erfüllt sind, in OPEN/PROSOZ verfügt. Da bei Leistungen nach § 4 AsylbLG eine Verfügung in OPEN/PROSOZ möglich ist, es aber an der Auswahloption „dem Grunde nach“ fehlt, bleibt das CCM-Fenster grau hinterlegt, so dass keine Meldung an den CCM erzeugt werden kann. Daher ist dies in einem Vermerk der Kategorie „Krankenhilfe“ in OPEN/PROSOZ zu dokumentieren.

Anschließend werden die Unterlagen (Rechnung im Original, Aufnahmediagnose und Entlassungsbericht) mit dem händischen Vermerk „sachlich richtig bezüglich der Anspruchsberechtigung“ (Teilbescheinigung) und Angabe der entsprechenden Leistungskennziffer an die Abrechnungsstelle SI 223 per Behördenpost zugeschickt.

## **2.2 Feststellung des Anspruchs nach der Behandlung**

Behandlungen, die ohne eine vorherige Vorsprache in der aktenführenden Dienststelle im Krankenhaus durchgeführt werden, können je nach Zeitpunkt und Dauer der Behandlung zu einem Anspruch auf

- Krankenhilfe nach § 47 ff SGB XII oder § 4 AsylbLG bzw.
- Erstattung der Aufwendungen nach § 25 SGB XII bzw. § 6a AsylbLG (Nothelferanspruch) bzw.
- Leistung und Erstattung aus beiden Rechtgrundlagen (Mischfall)

führen.

Bezüglich der verschiedenen Konstellationen und den jeweiligen Voraussetzungen wird auf die [fachlichen Vorgaben zu § 25 SGB XII und § 6a AsylbLG](#) hingewiesen.

Die Leistungen nach §§ 48 und 25 SGB XII werden dem Grunde nach in OPEN/PROSOZ verfügt und der jeweilige Bewilligungszeitraum (§§ 25 und 48 SGB XII getrennt bei Mischfällen) eingegeben. Es ist eine Meldung zum verfügten Leistungsberechtigungszeitraum an das Fachverfahren Care Cost Manager (CCM) der Abrechnungsstelle SI 223 zu erzeugen. Dies erfolgt durch Öffnen und Ausfüllen der erforderlichen Felder im CCM-Fenster.

Bei Leistungen nach §§ 4 und 6a AsylbLG ist eine Verfügung in OPEN/PROSOZ möglich, aber es fehlt an der Auswahloption „dem Grunde nach“. Das CCM-Fenster bleibt grau hinterlegt, so dass keine Meldung an den CCM erzeugt werden kann. Daher sind sowohl die Verfügung (mit dem üblichen Vermerk „sachlich richtig bezüglich der Anspruchsberechtigung“ (Teilbescheinigung) und Angabe der entsprechenden Leistungskennziffer) als auch bei den Mischfällen die Trennung der Zeiträume nach §§ 4 und 6a AsylbLG händisch auf der Rechnung zu vermerken und in OPEN/PROSOZ darüber ein Vermerk (in der Kategorie „Vermerk Krankenhilfe“) anzulegen.

Anschließend werden die Unterlagen (Rechnung im Original, Aufnahmediagnose und Entlassungsbericht) an die Abrechnungsstelle SI 223 per Behördenpost zugeschickt.

## **3. Kommunikation mit der antragstellenden Person bzw. dem Krankenhaus**

Wichtig: Bei jeglicher Korrespondenz mit Leistungsberechtigten bzw. dem antragstellenden Krankenhaus ist darauf zu achten, dass zu diesem Zeitpunkt im Verfahren keine uneingeschränkte Kostenzusage gemacht wird. Eine Anspruchsberechtigung wird zunächst nur dem Grunde nach festgestellt, die Prüfung der Rechnungshöhe wird vorbehalten! Im Anschreiben zur Abfrage von weiteren Unterlagen (Vorlage in OPEN/PROSOZ) ist die bereits enthaltene Formulierung "sofern die Voraussetzungen vorliegen, im Rahmen der maßgeblichen Vorschriften" ausreichend.

## 4. Verfahren bei Rechnungen bis 500 Euro

Rechnungen bis 500 Euro werden von SI 223 rechnerisch richtig gezeichnet und angeordnet. Die angewiesenen Beträge können in OPEN/PROSOZ in der Übersicht CCM „Importierte Abrechnungsdaten“ eingesehen werden.

## 5. Verfahren bei Rechnungen über 500 Euro

Rechnungen über 500 Euro werden von SI 223 dem MD verschlüsselt per E-Mail zur Prüfung weitergeleitet. Der MD prüft die Rechnungen und sendet seine Gutachten an SI 223. Der MD kann im Zuge der Prüfungen weitere medizinische Unterlagen (z.B. Kumulativlabor, OP-Bericht, ärztliches und pflegerisches Verlaufsprotokoll) bei den Krankenhäusern direkt abfordern. Die Begutachtungen müssen spätestens drei Wochen nach Zugang sämtlicher Unterlagen abgeschlossen sein. Für die Einsendung der Unterlagen haben die Krankenhäuser eine Frist von mehreren Wochen, so dass insgesamt mit einer Rückmeldung von etwa 3 Monaten gerechnet werden muss.

### 5.1 Rechnungssumme wird nicht beanstandet

Wird die Rechnungssumme durch den MD nicht beanstandet, bescheinigt SI 223 rechnerisch richtig und ordnet den Betrag in voller Höhe an. Die angewiesenen Beträge können in OPEN/PROSOZ in der Übersicht CCM „Importierte Abrechnungsdaten“ eingesehen werden.

### 5.2 Rechnungssumme wird beanstandet

Führt die Prüfung durch den MD zu einer Beanstandung des Rechnungsbetrages, bescheinigt SI 223 die Rechnung teilweise rechnerisch richtig und ordnet den Betrag in geminderter, vom MD-Gutachten vorgeschlagener Höhe an. Bei Mischfällen nimmt SI 223 die anteilige Minderung der Beträge anhand der tageweisen Aufteilung des Rechnungsbetrages durch die aktenführende Dienststelle vor. Die angewiesenen Beträge können von der Dienststelle in OPEN/PROSOZ in der Übersicht CCM „Importierte Abrechnungsdaten“ eingesehen werden.

SI 223 übermittelt der zuständigen Dienststelle Rechnung und Gutachten per E-Mail an das jeweilige Funktionspostfach mit dem Hinweis, dass von der gesamten Rechnungssumme nur ein Teilbetrag angewiesen worden ist und die Dienststelle einen Bewilligungsbescheid in geminderter Höhe erlassen soll.

Ein Eintrag in OPEN/PROSOZ, welcher Betrag überwiesen wurde, soll durch den Sachbearbeiter oder die Sachbearbeiterin zum jeweiligen Fall vermerkt werden, z. B. mit einer Notiz im gelben Bemerkungsfeld im Fall, so dass schnell ersichtlich ist, dass nur ein Teilbetrag anerkannt wurde.

- Bei Nothelferfällen und Mischfällen:

Die Dienststelle informiert das Krankenhaus über den anerkannten Teilbetrag und hört das Krankenhaus zu dem nicht anerkannten Teilbetrag an. Die Vorlage für ein entsprechendes Anschreiben mit Hinweis auf das beizufügende Gutachten des MD zur Begründung ist in OPEN/PROSOZ hinterlegt. Nimmt das Krankenhaus kritisch Stellung zum Gutachten des MD, kann über SI 223 eine zweite Prüfung beim MD in Auftrag gegeben werden, der den Vortrag des Krankenhauses einbezieht. Ist ein solches zweites Gutachten erforderlich, muss die Stel-

lungnahme des Krankenhauses von der Dienststelle eingescannt und per E-Mail an das Funktionspostfach [si223-abrechnung-krankenhaus@soziales.hamburg.de](mailto:si223-abrechnung-krankenhaus@soziales.hamburg.de) als Antwort auf die E-Mail von SI 223, mit der das MD-Gutachten zugesendet wurde, geschickt werden.

Der MD erstellt das zweite Gutachten und sendet es an SI 223. SI 223 leitet das Gutachten an die aktenführende Dienststelle per E-Mail an das jeweilige Funktionspostfach weiter.

Stimmt der MD dem Vortrag des Krankenhauses zu, zeichnet SI 223 den bis dahin nicht anerkannten Teilbetrag rechnerisch richtig und ordnet die Differenz an. Die angewiesenen Beträge können von der Dienststelle in OPEN/PROSOZ in der Übersicht CCM „Importierte Abrechnungsdaten“ eingesehen werden und das Krankenhaus von der aktenführenden Dienststelle entsprechend informiert werden. Ggf. stimmt der MD dem Vortrag des Krankenhauses nur teilweise zu, so dass wieder nur einem Teilbetrag gezahlt werden kann. SI 223 ordnet dann nur die Differenz bis zur zugestimmten Höhe an. Stimmt der MD dem Vortrag des Krankenhauses nicht zu, lehnt die aktenführende Dienststelle den Antrag in Höhe des beanstandeten Betrages ab. Hierzu ist eine entsprechende Vorlage in OPEN/PROSOZ hinterlegt.

- Bei Behandlungsscheinen, 24-Stundenscheinen und reinen Krankenhilfefällen

Bei vor der Behandlung ausgestellten Behandlungsscheinen oder einem 24 Std.-Schein stellt der oder die Patient/in selbst einen Antrag. Daher ist der Verwaltungsrechtsweg für die Krankenhäuser in diesen Fällen nicht eröffnet. In diesen Fällen wird das antragstellende Krankenhaus von der aktenführenden Dienststelle mit einem formlosen Anschreiben (Vordruck in OPEN/PROSOZ hinterlegt) und dem Gutachten des MD informiert.

Ebenso soll bei reinen Krankenhilfefällen (Beispiel: Notfall-Aufnahme am Mittwoch um 10 Uhr) vorgegangen werden.

## **6. Widerspruch des Krankenhauses**

Bei den Nothelferfällen und Mischfällen kann das Krankenhaus Widerspruch gegen den Bewilligungsbescheid bei der aktenführenden Dienststelle einlegen.

## **7. Inkrafttreten**

Diese Arbeitshilfe tritt am 19.08.2021 in Kraft.