

Dr. Hendrik Bernd Sehy, Frances Wolf

# Das MDK-Reformgesetz

## Ziele und Maßnahmen des Regierungsentwurfs

Mit dem Entwurf des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 9. August 2019<sup>1)</sup> setzt die Bundesregierung die Serie von Gesetzesvorhaben zur stärkeren Regulierung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei der Versorgung und Abrechnung stationärer Fälle fort. Anlass war die insbesondere in der jüngsten Vergangenheit zunehmende „Klagewelle“ zwischen Versorgern und Kostenträgern zu einer Vielzahl von strittigen, versorgungsrelevanten Themen wie zum Beispiel bei den Komplexbehandlungen. Die Situation eskalierte infolge der Verkürzung der Verjährungsbestimmungen für Regressforderungen der Krankenkassen durch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) vom 11. Dezember 2018<sup>2)</sup>. Um die Jahreswende 2018/2019 verlängerten sich die ohnehin schon langen Verfahrensdauern stark, sodass selbst aus der Sozialgerichtsbarkeit Forderungen<sup>3)</sup> nach einem verpflichtenden und kostenpflichtigen Schlichtungsverfahren laut wurden.

### Ziel des MDK-Reformgesetz: effektivere und unabhängigere Prüfungen

Eine umfassende Reform des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) soll diesen weitgehend unabhängig von den Krankenkassen machen und potenzielle Einflüsse auf gutachterliche Prüfungsergebnisse konsequent ausschließen.<sup>4)</sup> Weiterhin sollen neue Verfahrensregeln zu den MDK-Prüfungsanlässen und -abläufen einerseits und zum Abrechnungsverfahren der Krankenhäuser andererseits künftig für eine transparente und effektive Abwicklung der Krankenhausabrechnungen und damit zu einem Rückgang der Abrechnungsprüfungen und entsprechenden Streitverfahren führen.

### Vollständige Reorganisation des MDK

Auch umfänglich nimmt die Neuorganisation des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einen wesentlichen Teil des MDK-Reformgesetzes ein. Der auf jeweiliger Landesebene bislang als Arbeitsgemeinschaft bestehende, an die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftliche Krankenkasse, die Ersatzkassen und die BAHN-BKK angegliederte Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll künftig – unter Beibehaltung der föderalen Struktur – als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts<sup>5)</sup> unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (zukünftig „MD“) organisiert werden. Es erfolgt eine organisatorische Loslösung von den Krankenkassen, der Medizinische Dienst tritt also als neue eigenständige Körperschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf (vergleiche § 278 SGB V i. d. F. des MDK-Reformgesetzes).

### Neue Vorgaben für die Besetzung der MD-Verwaltungsräte

Mit dem Vorstand als Leitungsorgan und dem Verwaltungsrat als Satzungs- und Kontrollorgan behält der Medizinische Dienst zwar seine Struktur im Grundsatz bei, allerdings werden entscheidende Änderungen bei der Besetzung des Verwaltungsrats vorgenommen, die bereits in der Entwurfsfas-

sung zu erheblicher Kritik<sup>6)</sup> von Krankenkassenseite geführt haben.

Die Aufstockung auf nun 23 Vertreter (im Referentenentwurf des Ministeriums waren noch 16 Vertreter angesetzt) ist durchaus erheblich. Nur so konnte offenbar aber ein Konsens erzielt werden, um auch zukünftig 16 von den Krankenkassen entsandte Mitglieder, und damit die zahlenmäßige Mehrheit, zu erhalten. Darunter dürfen jedoch weder Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sein, noch solche Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrats oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder eines Kassenverbandes sind oder innerhalb von zwölf Monaten waren. Selbst aus neutraler Sicht ist dies der radikalste Schritt unter dem Label der „Unabhängigkeit“, wengleich Beschränkungen bspw. im Hinblick auf Krankenkassenmitarbeiter schon geltendes Recht waren. Gleichwohl dürfte die aktuelle Entwurfsfassung den Kostenträgern nur bedingt zum Nachteil reichen, denn das Gros der Krankenkassen wird auch außerhalb der eigenen organschaftlichen Gremien und eigenen Beschäftigten über qualifizierte und engagierte Vertreter verfügen, die die Interessen der Kostenträger in der Verwaltungsspitze des MD ausreichend wahrnehmen können.

Die Besetzung der weiteren sieben Verwaltungsratsmitglieder erfolgt auf Vorschlag der jeweils auf Landesebene tätigen Selbsthilfe- und Interessenverbände der Patienten, der Verbände für pflegebedürftige und behinderte Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen im Umfang von insgesamt fünf Vertretern sowie im Umfang von insgesamt zwei Vertretern auf Vorschlag der Landespflegekammern oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der jeweiligen Landesärztekammer. Nach dem Willen der Bundesregierung soll „der Verwaltungsrat das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gleichmäßiger abbilden und den Hauptakteuren Mitspracherechte ermöglichen. Damit sollen die Interessen aller wesent-

lichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind, in dessen Verwaltungsrat vertreten werden können“.<sup>7)</sup> Die von Kassenseite geäußerte Befürchtung<sup>8)</sup>, diese neuen Vertreter stünden den Leistungserbringern zu nahe, hat der Kabinettsentwurf ebenfalls aufgegriffen und wie folgt gelöst: Die Pflegekammern/-verbände und Ärztekammern haben kein Stimmrecht (§ 279 Absatz 5 Satz 2 SGB V i. d. F. des MDK-Reformgesetzes) und für die sieben Mitglieder gilt insgesamt, dass sie nicht zu mehr als 10% von Dritten finanziert werden dürfen, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder für die soziale Pflegeversicherung erbringen. Letzteres ist bei genauerem Hinsehen allerdings keine beständige „Hürde“, denn folgt man dem Wortlaut, dürfen nur die Vertreter selbst eine solche finanzielle Förderung nicht erhalten; die sie entsendenden Verbände sind hier nicht angesprochen, denn der Wortlaut stellt hier auf die einzelnen Personen ab – das Amt im Verwaltungsrat ist insofern ein höchstpersönliches (§ 279 Absatz 8 SGB V i. d. F. des MDK-Reformgesetzes in Verbindung mit § 40 SGB IV)<sup>9)</sup>.

#### Reorganisation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund

Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) soll vom GKV-Spitzenverband organisatorisch in entsprechender Form gelöst werden und künftig ebenfalls als Körperschaft des öffentlichen Rechts den Namen Medizinischer Dienst Bund (zukünftig „MD Bund“) tragen. Er wird über die Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung seiner Mitglieder – dies sind die medizinischen Dienste in den Ländern – beschließen und dabei insbesondere die Bereiche „einheitliche Begutachtung“ und „Maßstäbe zur Strukturprüfung“ (Letzteres bis zum 30. April 2020) aufgreifen. Nach der Vorstellung der Bundesregierung soll die Richtlinie „nähere Einzelheiten dazu festlegen, wie regelmäßige Begutachtungen zur

Einhaltung von Strukturmerkmalen in OPS-Komplexbehandlungskodes durch die MD zu erfolgen haben, [...] welche Anforderungen konkret geprüft werden (Checklisten) und in welchen regelmäßigen zeitlichen Abständen die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes nach fachlicher Einschätzung jeweils zu prüfen sind.“<sup>10)</sup> Der weitere Inhalt dieser Richtlinien, die Festlegung von Folgen, wenn ein Krankenhaus nach einer vorzunehmenden Mitteilung nach § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V i. d. F. des MDK-Reformgesetzes nachgewiesene Strukturmerkmale nicht mehr erfüllt, ist indes kritisch zu sehen: Hierbei handelt es sich dem Wortlaut nach nicht um reine Verfahrensregelungen, sondern um mögliche Sanktionen. Dies wirft Fragen zur demokratischen Legitimation des MD Bund auf, ein grundsätzlicher Umstand, der auch schon in anderen Einrichtungen der Selbstverwaltung zu erheblichen Diskussionen geführt hat, zum Beispiel zuletzt im Kontext vermeintlicher Ausschlussfristen in der Prüfverfahrenvereinbarung.<sup>11)</sup> Auch § 283 Absatz 2 Nr. 3 SGB V i. d. F. des MDK-Reformgesetzes kann insofern als Ermächtigungsgrundlage hinterfragt werden. Die Besetzung des Verwaltungsrats des MD Bund folgt im Ergebnis den Regelungen bei den MD, um auch hier eine entsprechende Verteilung der Interessengruppen wie bei den einzelnen MD sicherzustellen.

#### Vollzug der Reorganisation frühestens in 2021

Schließlich sieht der Gesetzesentwurf ein gestuftes Inkrafttreten des neuen Systems vor. Die Regelungen hierzu sind umfangreich und insofern bemerkenswert, weil der Entwurf hier sehr detaillierte Regelungen zu den Folgen der Überleitung der Arbeitsgemeinschaften in eigene Körperschaften (MD und MD Bund) im Sinne eines Formwechsels<sup>12)</sup> trifft. Wirksam wird diese „Transaktion“ ab dem Ablauf des Monats, in dem die Satzungen der neuen MD jeweils bekannt gemacht werden. Diese Genehmigung muss laut § 328 Absatz 1 Satz 3 SGB V i. d. F. des

Anzeige

ALHO Modulbau



**CLEVER BAUEN OHNE  
BEEINTRÄCHTIGUNGEN!**

**Modulbau – unsere sauberen und leisen Baustellen sprechen dafür!** Denn dank der Modulbauweise werden beim Bau Ihrer **Gesundheitsimmobilien** Ihre Arbeitsabläufe **nicht gestört**:

- Industrielles Bauen in der Raumfabrik
- Hoher Vorfertigungsgrad
- Montage innerhalb weniger Tage
- Wenige Wochen Ausbauezeit vor Ort
- 70% schneller fertig

**Fixe Kosten. Fixe Termine. Fix fertig.**  
[www.alho.com](http://www.alho.com)

**SAUBER + LEISE BAUEN** Mit der **ALHO MODULBAUWEISE**



MDK-Reformgesetzes derzeit noch bis spätestens zum 31. Dezember 2020 erteilt werden. Insofern dürfte frühestens zum 1. Januar 2021 mit dem Beginn der Tätigkeit der landesweit neuen MD zu rechnen sein. Für den MD Bund sind längere Fristen angesetzt (§ 328 Absatz 5 SGB V i. d. F. des MDK-Reformgesetzes); hier wird voraussichtlich der 1. Juli 2021 den Beginn markieren.

## Änderungen in der Einzelfallprüfung von Krankenhausabrechnungen

Sehr weitreichende Änderungen mit Bezug zu aktuell strittigen Rechtsfragen bringt der Entwurf des MDK-Reformgesetzes auch für die Einzelfallprüfung von Abrechnungen stationärer Krankenhausleistungen mit sich. Angestrebtes Ziel ist zwar die Eindämmung der von den Krankenkassen initiierten Prüfungstätigkeit, im Detail ist die gewollte Effizienzsteigerung jedoch auch für die Krankenhäuser nicht nur positiv.

### Ausschluss nachträglicher Rechnungskorrekturen

Dies beginnt bereits im Vorfeld bei der Dokumentation, Kodierung und Rechnungserstellung: Anders als bisher durch die Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V gemäß § 17c Absatz 2 KHG (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfV)<sup>13)</sup> geregelt, werden die Krankenhäuser nach Erlass des MDK-Reformgesetzes gut beraten sein, ihre Abrechnungen so gründlich und sorgfältig wie möglich zu erstellen. Denn zukünftig ist den Krankenhäusern nach der Übermittlung an die Krankenkasse eine Korrektur nicht mehr möglich, so sie denn nicht bloß das Prüfergebnis des MDK oder ein Gerichtsurteil umsetzt und soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene nichts Abweichendes vereinbaren sollten (Neufassung des § 17c Absatz 2 und 2a KHG i. d. F. des MDK-Reformgesetz). Damit einhergehen wird ab dem 1. Januar 2021 eine ausschließliche Unterlagenübermittlung auf elektronischem Weg zwischen Krankenhaus und MD, wofür noch umfangreiche Vorgaben an Umfang und Inhalt notwendig werden.

### Neuer Rechtsrahmen für die MDK-Prüfung: die Prüfquotenregelung

Der Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen soll sich zukünftig an der Abrechnungsqualität eines Krankenhauses orientieren. So wird durch eine fixe Prüfquote der Umfang der von den Krankenkassen beauftragten MDK-Prüfungen begrenzt, wobei die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote allein vom Anteil der korrekten Rechnungen im vorangegangenen Quartal abhängig gemacht wird. Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Datum der Schlussrechnung. Für das Jahr 2020 soll zunächst eine pauschale Prüfquote von 10 % gelten. Ab 2022 muss ein Krankenhaus, bei dem der Anteil an unbeanstandeten Abrechnungen – ausgehend von allen durch den MDK geprüften Schlussrechnungen – bei 60 % oder mehr liegt, nur noch mit einer Prüfquote von 5 % rechnen. 10 % aller Fälle werden bei solchen Krankenhäusern ge-

prüft, die eine Quote unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 % und weniger als 60 % aufweisen. Von einer schlechten Abrechnungsqualität geht der Entwurf schließlich dann aus, wenn weniger als 40 % der Rechnung unbeanstandet sind und ordnet dann eine Prüfquote von 15 % an. Eine unbegrenzte Prüfungstätigkeit wird den Kassen nur dann eingeräumt, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 % liegt oder ein begründeter Verdacht systematisch überhöhter Abrechnungen vorliegt. Diese Ausnahmefälle sieht die Begründung des Entwurfs als abschließend an<sup>14)</sup>; man wird sehen müssen, ob das BSG diesem „Wunsch“ folgt. Positiv wirkt in diesem Kontext das Verbot von Nachprüfungen, das heißt zukünftig schließt die MDK-Prüfung die Fallprüfung nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V vollständig ab und bindet die Krankenkasse folglich an das Prüfergebnis.

Folgerichtig ist in diesem Kontext die Verlängerung der Frist zur Einleitung von Prüfungen von sechs Wochen auf drei Monate. Die Begründung des Entwurfs verweist hier auf die Notwendigkeit, den Kostenträgern im neuen Prüfquotensystem eine quartalsweise Betrachtung zu ermöglichen. Systemisch nachvollziehbar, führt dies jedoch zu einer zeitlich durchaus erheblichen Kalkulationsunsicherheit aufseiten der Krankenhäuser. Zukünftig werden also zum Quartalsende umfangreiche Prüfungsanfragen im Krankenhaus eintreffen, die alle simultan und unter Berücksichtigung der Fristen in der PrüfV zügig abgearbeitet werden müssen. Hier werden viele Leistungserbringer Maßnahmen zur entsprechenden Organisation des Medizincontrollings vornehmen müssen.

Schließlich soll eine schlechte Abrechnungsqualität zukünftig auch wirtschaftlich sanktioniert werden. Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 % werden Krankenhäuser zukünftig nicht nur die Differenz zum korrekten Abrechnungsbetrag erstatten müssen, sondern auch einen „Aufschlag“ an die Krankenkassen zu zahlen haben, dessen Höhe sich an den Prüfquoten orientiert (bei 10 % Prüfquote 25 % der Differenz und bei > 15 % Prüfquote 50 % der Differenz), höchstens aber 1 500 € betragen soll. Unbeantwortet bleibt die Frage nach der Rechtfertigung einer solchen Sanktion: Nur vermuten lässt sich, dass der Gesetzgeber als Ursache einer schlechten Abrechnungsqualität regelhaft ein schuldhaftes Wirken der Krankenhäuser sieht. Allzu fernliegend scheint es, dass ein mittlerweile hochkomplexes System von OPS-Kodes und DRG, ein daran anknüpfender Zwang zur ausführlichen Dokumentation und schließlich ein Mangel an qualifiziertem Personal die Mehrzahl der Krankenhäuser vor Abrechnungsschwierigkeiten stellt. Wirtschaftliche Sanktionen sind hier offensichtlich kontraproduktiv. Die Begründung des Gesetzesentwurfs tituliert die Sanktionen als „Anreize“, was nicht nur sprachlich verfehlt ist. Angesichts der allgemeinen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser wären „Vergütungszuschläge“ für eine gute Abrechnungsqualität zielführender gewesen als ein Generalverdacht und Sanktionen.

Auch mit zwei aktuellen Streitpunkten setzt sich der Gesetzesentwurf auseinander: Krankenkassen werden zukünftig

Vergütungsansprüche der Krankenhäuser nicht mehr mit Rückforderungen verrechnen dürfen (§ 109 Absatz 6 SGB V i. d. F. des MDK Reformgesetzes). Ferner sieht das MDK-Reformgesetz nun ausdrücklich eine „Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit“ im Gewand einer der MDK-Prüfung vorgelagerten Rechnungsprüfung durch die Krankenkassen vor (§ 17c Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 KHG i. d. F. des MDK-Reformgesetzes). Problematisch ist hierbei jedoch, dass diese „Vorprüfung“ ausdrücklich nicht der Prüfquote unterfällt (sie löst damit also auch keinen „Aufschlag“ aus) und auch sonst unbeschränkt durchgeführt werden kann. In der Praxis ist diese Vorprüfung, zumal durch die Rechtsprechung des BSG, mittlerweile erheblich ausgedehnt (sowohl in der Häufigkeit als auch in der Prüfungstiefe) und bindet einen Großteil der Kapazitäten des Medizincontrollings durch immer neue Begründungsforderungen der Kostenträger. Hier bleibt der Entwurf also eine Lösung schuldig. Ebenso wenig unterliegen Prüfungen von Abrechnungen für teilstationäre und ambulante Krankenhausbehandlung sowie Prüfungen von Zwischenrechnungen der Prüfquotenregelung.

Die Auswirkungen der Neuregelungen insbesondere auf die Liquidität der Krankenhäuser sind völlig offen: Es steht zu erwarten, dass die Krankenkassen auch weiterhin die nun sogar gesetzlich verankerte Vorprüfung ausgiebig nutzen (ihre Dauer ist zeitlich nicht beschränkt), währenddessen der Fall nicht vergütet wird, und erst bei zufriedenstellender Klärung den Rechnungsbetrag anweisen. Denn ohne Verrechnungsmöglichkeit fällt den Krankenkassen bei verfrühter Auszahlung das Prozessrisiko zu.

Als vermeintliche Antwort auf die Überlastungssignale zahlreicher Sozialgerichte um die Jahreswende 2018/2019 führt der Gesetzesentwurf nun eine Art „Falldialog“ (als sog. „Nachverfahren“ bereits in § 9 PrüfV 2016 vorgesehen) als Vorverfahren zur gerichtlichen Überprüfung einer Krankenhausabrechnung ein. Nähere Hinweise zu Form und Verfahren gibt der Gesetzesentwurf nicht, auch keine Fristen; wie genau dieser Dialog ablaufen soll, wann er endet und ob er überhaupt – bspw. bei der Verweigerung einer der beteiligten Seiten – eine Klageerhebung hemmt, ist fraglich, auch wenn die Begründung des Entwurfs von einer „Zulässigkeitsvoraussetzung“ ausgeht<sup>15)</sup>. Bereits im Lichte allgemeiner Verfahrensgrundsätze (Art. 19 Absatz 4 GG) sind daher rechtliche Zweifel an diesem Vorverfahren angebracht. Eine Effizienzsteigerung ist damit nicht verbunden, denn die Praxis informeller Einigungsgespräche zeigt bereits, dass solche Versuche primär zeitliche Verzögerungen und nur selten Vergleichserfolge mit sich bringen.

Von der Einzelfallprüfung ausgeschlossen ist die Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntG) zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntG. Da hiernach die Pflegepersonalkosten des Krankenhauses unbedingt finanziert werden, hätte eine Prüfung des MD letztlich keine Auswirkungen und würde, so die Entwurfsbegründung<sup>16)</sup>, nur die Ressourcen des MD zusätzlich beanspruchen.

### Möglichkeiten der alternativen Abrechnung (ambulante Leistungen)

Sofern trotz des im Ergebnis hoch komplexen Prüfungssystems mit Anreizfunktion noch einzelne Behandlungsfälle vom MD verworfen werden sollten, eröffnet das MDK-Reformgesetz schließlich auch hier neue, wenn auch überschaubare Chancen zur „alternativen Abrechnung“:

Zum einen werden durch die Erweiterung des Katalogs ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe bereits bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten optimiert. Ergänzend sieht der Gesetzesentwurf vor, dass AOP-Leistungen nicht der Prüfung durch den MDK nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V unterliegen sollen. Es mag sein, dass hierdurch eine Verlagerung von stationären Leistungen in den Bereich der ambulant erbrachten Krankenhausleistung gelingt, sodass zumindest einem der häufigsten Prüfanlässe, der primären Fehlbelegung, die Grundlage entzogen wird. Zum anderen soll gerade in Fällen primärer Fehlbelegung § 8 Absatz 3 KHEntG i. d. F. des MDK-Reformgesetzes dem Krankenhaus eine Art „Basiserlös“ durch einen gesetzlichen Rückgriff auf die Abrechnungsmöglichkeiten nach § 115a SGB V (vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus) sichern, jedenfalls soweit keine anderen Optionen zur Abrechnung bestehen.

### Neuregelungen zur Durchführung von Strukturprüfungen

Die Prüfung von Strukturmerkmalen (Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 SGB V, erlassen durch das DIMDI) erhält nun erstmalig eine Rechtsgrundlage durch das MDK-Reformgesetz (§ 275d SGB V i. d. F. des MDK-Reformgesetzes), sodass der bisherige Streit um die Zulässigkeit einer solchen Prüfung durch den MDK erledigt sein dürfte. Folgerichtig wird damit auch die Prüfung von Strukturmerkmalen (und ihrem Vorliegen) im Rahmen von Einzelfallprüfungen untersagt. Die positiv abgeschlossene Strukturprüfung ist ab dem 1. Januar 2021 Voraussetzung für die Vereinbarung (im Rahmen des Krankenhausbudgets; § 11 Absatz 1 Satz 1 KHEntG i. d. F. des MDK-Reformgesetzes) und Abrechnung von durch Strukturmerkmale geprägten Leistungskomplexen.

Die Prüfung selbst folgt den hierfür neu zu schaffenden Richtlinien und hat ein entsprechendes Gutachten des MDK zur Folge, welches die Krankenhäuser den Landesverbänden der Kassen anlässlich der Verhandlungen zu den Budgetvereinbarungen vorzulegen haben. Im Gesetzesentwurf angelegt ist auch, dass das Vorhandensein von Strukturmerkmalen durch den MDK nur für eine bestimmte Zeit bescheinigt werden muss, gleichzeitig obliegt dem einzelnen Krankenhaus eine (nicht ausdrücklich sanktionierte) Meldepflicht bei einem mehr als einmonatigen Wegfall eines Strukturmerkmals (§ 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V i. d. F. des MDK-Reformgesetzes). Aus der Begründung des Entwurfs<sup>17)</sup> geht hervor, dass damit „für die Krankenhäuser wie für die Krankenkassen im Vorhinein Rechtsklarheit geschaffen [wird], ob die Anforderungen für die Vereinba-

Anzeige

Anzeige

zung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen erfüllt werden“.

Allerdings wäre es aufgrund der erheblichen Bedeutung der Strukturmerkmale im Kontext von Komplexbehandlungen und mit Blick auf das Risiko einer „Umdeutung“ durch die Rechtsprechung eigentlich geboten, den Entwurf an dieser Stelle zu komplettieren durch eine ausdrückliche Klarstellung, dass die Bescheinigung des MDK für den in ihr genannten Zeitraum auch dann eine formale und materielle Bestandsgarantie der Abrechnungsmöglichkeit beinhaltet, wenn zwischenzeitlich Merkmale über einen Zeitraum von weniger als einem Monat wegfallen. Die Gesetzesbegründung verdeutlicht zwar, dass die Krankenhäuser „einen Vertrauensvorschuss“ hinsichtlich der Einhaltung der strukturellen Voraussetzungen für den bescheinigten Zeitraum erhalten sollen und die „Krankenhäuser die Leistungen weiterhin abrechnen können, wenn eines oder mehrere Strukturmerkmale nur kurzfristig, zum Beispiel durch einen Defekt eines Großgerätes oder durch Krankheit, nicht erfüllt sind“. Denn, so der Gesetzgeber, „ein sofortiger Wegfall der Abrechnungsmöglichkeit wäre als unverhältnismäßig anzusehen“. Allerdings hat die Vergangenheit gezeigt, dass selbst solch deutliche Signale in der Gesetzesbegründung das Bundessozialgericht nicht davon abgehalten haben, vermeintliche Regelungslücken zu schließen, zumal die ebenfalls vorgesehene Neuregelung in § 8 Absatz 4 Satz 3 KHEntG i. d. F. des MDK-Reformgesetzes ohne Einschränkung bestimmt, dass „[...] Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden [dürfen], wenn die Prüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch [i. d. F. des MDK-Reformgesetzes] ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden“. Bisher kann man dem Entwurf nur entnehmen, dass bei Wegfall eines Strukturmerkmals der Prozess von Neuem beginnt: Im Eigeninteresse des Krankenhauses sollte das Merkmal zügig wieder eingeführt werden, die Strukturprüfung ist durch den MD durchzuführen und die erneute Bescheinigung zu erteilen, die dann zur sofortigen Leistungserbringung und Abrechnung berechtigt. Wartefristen o. ä. sieht der Entwurf ausdrücklich nicht vor.

Klarheit bringt der Entwurf jedenfalls dahingehend mit sich, dass zukünftig die Krankenkassen selbst nicht berechtigt sind, Strukturprüfungen durchzuführen; vereinzelt war dies in der Praxis vorgekommen. § 275d SGB V i. d. F. des MDK-Reformgesetzes liest sich insofern als abschließende Regelung.

### Neue Aufgaben und Rechtssetzungskompetenz für das DIMDI und das InEK

Durch das MDK-Reformgesetz wird dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nunmehr auch für die vertragsärztliche Versorgung die Legitimation übertragen, im OPS insbesondere auch strukturelle Anforderungen an die Anzahl und die Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung festzulegen und in den OPS-Kodes als solche kenntlich zu machen (§ 295 Absatz 1 Sätze 4-8 i. d. F. des MDK-Reformgesetzes).

Identische Änderungen sieht der Entwurf auch für die stationäre Versorgung in § 301 SGB V vor: Zukünftig kann das DIMDI abstrakt-generelle Voraussetzungen im OPS (zum Beispiel Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals, technische Ausstattung) festlegen, die unabhängig vom Einzelfall erfüllt sein müssen, damit eine bestimmte Leistung abgerechnet werden kann.

Besonders hervorzuheben ist bei diesen beiden Änderungen jedoch, dass die entsprechenden „Normsetzungen“ des DIMDI nur noch der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedürfen und damit verbindliches Krankenhausentgeltrecht werden. Der Entwurf entzieht damit der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts<sup>18)</sup>, nach der in Form der Fallpauschalenvereinbarung bisher eine vertragliche Einigung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene Voraussetzung für die Geltung des OPS war, die Grundlage. Durch einen „minimalinvasiven“ Eingriff erhält das DIMDI vorliegend Rechtssetzungskompetenzen, um insbesondere auch die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz geschaffene Möglichkeit zur rückwirkenden Klarstellung oder Änderung des OPS zu legitimieren.<sup>19)</sup>

Weiterhin soll zukünftig das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verbindlich über diejenigen Krankenhäuser entscheiden, die also sog. „Kalkulationskrankenhäuser“ an der Fortentwicklung des Vergütungssystems mitzuwirken haben. Die Aufgabe geht auch hier von den Vertragspartnern über auf das InEK; Ersteren verbleibt nur die Kompetenz zur Entwicklung des Grundlagenkonzepts (§ 17b Absatz 3 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz).

Abgerundet werden diese Neuordnungen schließlich durch eine „Aufrüstung“ des „Schlichtungsausschusses auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen“, der zukünftig in § 19 KHG i. d. F. des MDK-Reformgesetzes zu finden sein wird. Von erheblicher Relevanz ist hierbei, dass der Gesetzesentwurf die „Entschlussfreudigkeit“ des Ausschusses heben wird<sup>20)</sup>, indem eine achtwöchige Frist für die Entscheidung vorgegeben wird und den Ausschuss ferner dazu zwingt, über derzeit offene Streifragen bis spätestens zum 31. Dezember 2020 zu entscheiden. Weiterhin wird der Kreis der potenziell eine Schlichtung beantragenden Parteien wesentlich erweitert, u. a. durch Einbeziehung einzelner Krankenhäuser. Damit wird den stationären Leistungserbringern ein Rechtsmittel an die Hand gegeben, das ein unmittelbares Einwirken auf Grundsatzfragen zur Kodierung und Abrechnung ermöglicht, während bisher nur über Vergütungsklagen „Einzelerfolge“ ohne rechtliche Verbindlichkeit für andere Kostenträger, ja noch nicht einmal für andere Behandlungsfälle erzielt werden konnten. Aus der durch die Rechtsprechung angestoßenen Diskussion über die Rückwirkung von (Rechtsprechungs-)Änderungen im Bereich der Kodierregeln<sup>21)</sup> hat der Entwurfsgeber für die neuen Ausschussregelungen mitgenommen: Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sollen nur in die Zukunft wirken (§ 19 Absatz 6 KHG i. d. F. des MDK-Reformgesetzes), sodass es insbesondere den Kostenträgern verwehrt ist, bereits bezahlte

Krankenhausabrechnungen nachträglich streitig zu stellen. Klagen können gegen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses, obwohl diese von grundsätzlicher Bedeutung sind, zukünftig nur diejenigen Einrichtungen, die unmittelbar Beteiligte des jeweiligen Verfahrens sind, mithin nur Antragssteller und Antragsgegner.<sup>22)</sup>

## Bewertung und Ausblick

Die Erfahrungen mit den Gesundheitsreformgesetzen der letzten Jahre offenbaren die kurze Halbwertszeit vorschneller Bewertungen. Daher lässt sich für das MDK-Reformgesetz, bei dem der finale Inhalt ja noch offen ist, in der Gesamtbetrachtung derzeit nur ein verhaltenes Urteil fällen. Aus der Vielzahl an „minimalinvasiven Eingriffen“, deren Auswirkungen sich noch nicht absehen lassen, stechen, neben der Reorganisation des MDK, wohl im Wesentlichen die Reform der „MDK-Prüfung“ selbst und die damit verbundenen Änderungen bei den abrechnungsbezogenen Normen (wie zum Beispiel Ausschluss von Nachkorrekturen, Aufrechnungsverbot, Falldialog als Klagevorverfahren).

Die Reorganisation des Medizinischen Dienstes hat zunächst einmal Signalwirkung, wenngleich durch die weiterhin mehrheitliche Besetzung des Verwaltungsrats durch Vertreter von Kostenträgerseite keine völlige Unabhängigkeit geschaffen wird. Allerdings ist ohnehin die Frage, ob die Besetzung des Verwaltungsrats so massiven Einfluss auf die Gutachtertätigkeit im Einzelfall hat. Aus der Praxis können die Verfasser berichten, dass die Qualität der Begutachtungen mitunter sehr stark von den einzelnen Gutachtern abhängt, aber auch zwischen den verschiedenen Diensten in den Bundesländern gravierende Unterschiede im Hinblick auf Qualität und Umfang der Gutachten bestehen. Unseres Erachtens sind diese beiden Gesichtspunkte weitaus problematischer als die Frage, wo verwaltungsorganisatorisch zukünftig die Dienste anzusiedeln sind. Dabei liegt die Bedeutung umfassenderer, medizinisch fundierter Gutachten auf der Hand: Sie sind entweder wesentlich Streitvermeidender oder lassen jedenfalls eine effektivere Prozessführung zu – denn inhaltsleere oder wenig aussagekräftige Stellungnahmen laden geradezu ein, Klage zu erheben. Hier hat das MDK-Reformgesetz jedoch nur einzelne Lösungen im Angebot, wie etwa die Einführung pflegerisch geschulter Gutachter, die Erweiterung der Richtlinienkompetenz des MD Bund mit dem Ziel einer Verfahrensvereinheitlichung sowie die (jedoch nur eingeschränkt geltende) Pflicht zur nachvollziehbaren Begründung von Gutachten (§ 275 Absatz 3 Satz 2 SGB V i. d. F. des MDK-Reformgesetzes). Zu hoffen bleibt, dass die Verselbständigung es dem MD jedenfalls ermöglicht, das Selbstverständnis eines wirklich neutralen Begutachters im wohlverstandenen Patienteninteresse weiterzuentwickeln.

Die Bewertung der Einführung von Prüfquoten könnte auf den ersten Blick aus Sicht der stationären Leistungserbringer verhalten positiv ausfallen, und zwar unter dem Gesichtspunkt der Rechtssicherheit. Die Prüfquoten sind absehbar, lassen sich durch eine noch stärkere Professionalisierung des Medizincon-

trollings und eine konsequent vollständige Behandlungsdokumentation beeinflussen. Sogenannte „Nachprüfungen“ sind ausgeschlossen, Fristen gestrafft und im Bereich der primären Fehlbelegungen ist sogar ein ambulanter „Alternativerlös“ vorgesehen. Auf den zweiten Blick beinhaltet die Prüfquotenregelung allerdings einen durchaus kritischen Ansatz, mit nicht unerheblichen finanziellen Folgen: Das Konzept einer Anreizschaffung durch Sanktion ist per se ein falsches Signal in Richtung Leistungserbringer. Durch die Einführung krankenhauseseitig zu zahlender Aufschläge auf die fehlerhaften Differenzbeiträge werden den Leistungserbringern zusätzlich dringend notwendige Finanzmittel entzogen. Die Deckelung der Höhe des Differenzbetrags pro Fall im sogenannten „worst case“ verhindert zwar Exzesse, insgesamt kann dies aber kaum als „Anreiz“ in einem chronisch unterfinanzierten System bezeichnet werden. Auch hier bleibt nur zu hoffen, dass durch die quotenbedingte Kanalisierung des Prüfumfanges jedenfalls die „Auswüchse“ der kassenseitig initiierten, systematischen Prüfungen eingedämmt werden. Ob dies auch insgesamt zu einer Verminderung der Rückzahlungsansprüche führt, wird man sehen müssen. Denn im Lichte der Quote werden auch die Kostenträger ihre Prüfstrategie anpassen und gezieltere Prüfungen, bei denen es im Durchschnitt zu höheren Rückzahlungsansprüchen kommen kann, initiieren.

Verhalten positiv lässt sich die Einführung der Prüfung von Strukturmerkmalen bewerten, auch hier unter dem Gesichtspunkt der Rechtssicherheit. Die bisher im Rahmen der Budgetverhandlungen ohnehin schon verlangten „Bescheinigungen“ werden nun formalisiert und mit einer Geltungsdauer versehen. Dies sollte die Möglichkeit der Kassen, diese im Jahresverlauf anzuzweifeln, einschränken. Allerdings wird man sehen müssen, welche näheren Ausführungsbestimmungen auf Ebene des MD Bund hierzu geschaffen werden: Ein erster Test für die „Unabhängigkeit“ des neuen MD.

Mit gewisser Spannung darf man schließlich erwarten, welche Folgen das geplante Aufrechnungsverbot für Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser haben wird. Das Problem der umfassenden Aufrechnung und der damit verbundenen Liquiditätsengpässe der Leistungserbringer scheint hierdurch nur auf den ersten Blick behoben. Zwar wird sich erst zeigen, ob nun die Krankenkassen in Zukunft verstärkt den Klageweg bestreiten, um ihre Forderungen durchzusetzen; dann wäre eine Reduzierung der Klagefälle kaum spürbar. Unseres Erachtens ist jedoch eher zu befürchten, dass die Kassen vermehrt dazu übergehen werden, bei Beanstandungen der Abrechnung nur noch den unstrittigen Teil der Rechnung zu begleichen und so wieder die Leistungserbringer auf den Klageweg zu verweisen. Die aktuelle Rechtsprechung des BSG zur Fälligkeit von Rechnungen könnte hierzu als Einladung verstanden werden. Ein solches Vorgehen hätte ebenso nachteilige Einflüsse auf die Liquidität der Krankenhäuser, wenn nicht sogar erheblichere: Denn durch die Verrechnung war bisher jedenfalls ein gewisser stetiger Liquiditätsfluss gesichert. Ein Zurückhalten von Zahlungen kann jedoch



in Hochphasen des Liquiditätsbedarfs (bspw. Gehalts- und Weihnachtsgeldzahlungen am Jahresende) für einzelne Häuser nicht weniger kritisch sein.

## Anmerkungen

- 1) Siehe dazu Gesetzesentwurf der Bundesregierung in Form der BR-Drs. 359/19
- 2) BGBl. 2018 Teil I, Nr. 45, Seite 2394
- 3) <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103313/Sozialgerichte-fuer-zwinger-Schlichtung-im-Streit-um-Krankenhausabrechnungen> (Letzter Aufruf: 15. August 2019)
- 4) Entsprechende Befürchtungen sind nicht neu; vergleiche schon BGH, Urteil vom 16. August 2016 – 6 W 66/16, NZS 2016, 869 (871)
- 5) Der Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts kam dem MDK in den alten Bundesländern bereits zu, da dort Beamtinnen/Beamten beschäftigt wurden; vergleiche Art. 73 Absatz 4 Satz 3 und 4 des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG), G. v. 20. Dezember 1988 BGBl. I SEITE 2477; zuletzt geändert durch Artikel 105 G. v. 27. April 1993 BGBl. I, Seite 512
- 6) Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 4. Juni 2019 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK Reformgesetz) ([https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p\\_stellungnahmen/190604\\_StnE\\_GKV-SV\\_MDK-Reformgesetz.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/190604_StnE_GKV-SV_MDK-Reformgesetz.pdf)) (Letzter Aufruf: 16. August 2019)
- 7) BR-Drs. 359/19, Seite 78
- 8) Vergleiche Seite 6 f. der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 4. Juni 2019 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) ([https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p\\_stellungnahmen/190604\\_StnE\\_GKV-SV\\_MDK-Reformgesetz.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/190604_StnE_GKV-SV_MDK-Reformgesetz.pdf)) (Letzter Aufruf: 16. August 2019)
- 9) Krauskopf/Baier, 102. EL Februar 2019, SGB IV § 40 Rn. 2
- 10) BR-Drs. 359/19, Seite 84 f.
- 11) Vergleiche nur LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. April 2018 (L 11 KR 936/17), einerseits und SG Lüneburg, Urteil vom 22. Februar 2018 (S 9 KR 192/15), andererseits
- 12) BR-Drs. 359/19, Seite 93 f.
- 13) Nur am Rande sei auf eine Neuerung zur Prüfverfahrenvereinbarung hingewiesen: GKV-Spitzenverband und DKG müssen sich bis zum 31. Dezember 2020 auf gemeinsame Umsetzungshinweise zur PrüfVv einigen, andernfalls kann hierzu zukünftig die Schiedsstelle nach § 18a KHG angerufen werden.
- 14) BR-Drs. 359/19, Seite 68
- 15) BR-Drs. 359/19, Seite 97
- 16) BR-Drs. 359/19, Seite 71 f.
- 17) Die Begründung des Entwurfs (BR-Drs. 359/19, Seite 72) vermerkt bisher, dass damit „für die Krankenhäuser wie für die Krankenkassen im Vorhinein Rechtsklarheit geschaffen, ob die Anforderungen für die Vereinbarung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen erfüllt werden“.
- 18) Vergleiche nur Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Juni 2018, B 1 KR 39/17 R
- 19) BR-Drs. 359/19, Seite 90
- 20) Bisher hat der Ausschuss lediglich einen Beschluss gefasst, BR-Drs. 359/19, Seite 100
- 21) Vergleiche nur LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 22. Februar 2018, Az. L 5 KR 537/17
- 22) Die Begründung des Gesetzesentwurfs verweist jedoch zu Recht auf die Möglichkeit der inzidenten Normenkontrolle bei Vergütungsklagen durch Dritte sowie auf die unmittelbare Normenkontrolle nach § 55 Absatz 1 Nr. 1 SGG; BR-Drs. 359/19, Seite 103.

## Anschrift der Verfasser

Dr. Hendrik Bernd Sehy, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Frances Wolf, Rechtsanwältin, Industriegruppe Health Care & Life Science, Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Berliner Allee 26, 30175 Hannover



## Bücher

**Erwin Böttinger, Jasper zu Putlitz (Hrsg.): Die Zukunft der Medizin. Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit. Mit einem Geleitwort von Hasso Plattner. Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2019, Paperback, 428 Seiten, 49.95 €. ISBN: 978-3-8325-4797-4**

Die Medizin im 21. Jahrhundert wird sich so schnell verändern wie nie zuvor – und mit ihr das Gesundheitswesen.

Bahnbrechende Entwicklungen in Forschung und Digitalisierung werden die Auswertung und Nutzung riesiger Datenmengen in kurzer Zeit ermöglichen. Das wird unsere Kenntnisse über Gesundheit und gesund sein sowie über die Entstehung, Prävention und Heilung von Krankheiten vollkommen verändern. Gleichzeitig wird sich die Art und Weise, wie Medizin praktiziert wird, fundamental verändern. Das Selbstverständnis nahezu aller Akteure wird sich rasch weiterentwickeln müssen. Das Gesundheitssystem wird in allen Bereichen umgebaut und teilweise neu erfunden werden. Digitale Transformation, Personalisierung und Prävention sind die Treiber der neuen Medizin. Die Zukunft der Medizin beschreibt Entwicklungen und Technologien, die die Medizin und das Gesundheitswesen im 21. Jahrhundert prägen werden. Das Buch informiert über die zum Teil dramatischen, disruptiven Innovationen in der Forschung, die durch Big Data, Künstliche Intelligenz und Robotik möglich werden.

Die Autoren sind führende Vordenker ihres Fachs und beschreiben aus langjähriger Erfahrung im In- und Ausland zukünftige Entwicklungen, die jetzt bereits greifbar sind.