



MDK wird von den Kassen getrennt und heißt nur noch MD

**INFORMATION**  
Fortsetzung im  
CB 01/2020

i

Neuer § 275c SGB V

Prüfungseinleitung  
jetzt nach spätestens  
4 Monaten

DRG-ABRECHNUNG

## MDK-Reformgesetz: Die Neuerungen und deren Folgen für die Krankenhausabrechnung

von RA Malte Brinkmann, armedis Rechtsanwälte, Seesen, [armedis.de](http://armedis.de)

Der Bundestag hat am 07.11.2019 in zweiter und dritter Lesung über den „Entwurf eines Gesetzes über bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)“ beraten und das Gesetz in der durch den Gesundheitsausschuss vorgelegten Fassung (Beschlussentwurf, BT-Drs. 19/14871) angenommen. Ziel der Reform ist es, die Prüfung der Krankenhausabrechnung einheitlicher und transparenter zu gestalten. Strittige Kodier- und Abrechnungsfragen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sollen systematisch vermindert werden. Das MDK-Reformgesetz soll am 01.01.2020 in Kraft treten. Es bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrats. |

### Eckpunkte

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird künftig organisatorisch von den Krankenkassen gelöst. Bisher waren die 15 eigenständigen MDK als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen organisiert; künftig sollen sie eine unabhängige Körperschaft des öffentlichen Rechts bilden und „Medizinischer Dienst“ (MD) heißen. Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen (MDS) wird organisatorisch vom Spitzenverband abgelöst. In die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste werden künftig Vertreter von Patienten, Pflegebedürftigen, Verbrauchern, Ärzten und Pflegeberufen entsandt.

Neben der Neustrukturierung des MDK hat das Gesetz wesentliche Auswirkungen auf zukünftige Abrechnungs- und Strukturprüfungen eines Krankenhauses sowie seine Fachbereiche. Im folgenden Beitrag werden zunächst die wesentlichen Auswirkungen des Gesetzes auf die DRG-Abrechnung im Krankenhaus dargelegt und im CB 01/2020 wird der Bereich der Strukturprüfungen erörtert.

### Was sind die zentralen Änderungen des Gesetzes?

Für das MDK-Prüfverfahren bei Vorliegen einer Krankenhausbehandlung (bisher in § 275 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m § 275 Abs. 1 c) SGB V geregelt), hat der Gesetzgeber mit § 275c SGB V (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst) eine neue, separate Vorschrift geschaffen, in denen die Art und Weise sowie der Umfang der MDK-Prüfungen geregelt sind. § 275c SGB V verfügt über sieben Absätze.

#### § 275c Abs. 1: Prüfungseinleitung nach vier Monaten

Eine wesentliche Veränderung stellt dar, dass bei einer Krankenhausbehandlung eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses spätestens **vier Monate** nach deren Eingang bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MD dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Es verbleibt dabei, dass eine Prüfung, die

nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, die Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zugunsten des Krankenhauses entstehen lässt.

### § 275c Abs. 2: Begrenzung der Einzelfallprüfungen durch Prüfquoten

Der Umfang der Einzelfallprüfungen wird über sogenannte quartalsbezogene Prüfquoten im Krankenhaus begrenzt:

- Die Prüfquote für das Jahr 2020 wird dabei auf **12,5 %** der pro Quartal eingegangenen Schlussrechnungen in einem Krankenhaus je Krankenkasse begrenzt.
- Ab dem Jahr 2021 wird eine quartalsbezogene Prüfquote für Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen eingeführt. Die Höhe der Prüfquote richtet sich nach dem Anteil unbeanstandeter Rechnungen im maßgeblichen Quartal. Mit der Höhe des Anteils an beanstandeten Schlussrechnungen steigert sich folglich die Prüfquote. Die quartalsbezogene Prüfquote wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und ergibt sich wie folgt:
  - a) Anteil unbeanstandeter Abrechnungen in Höhe von 60 % oder höher: **von 5 %** der Schlussrechnungen in einem Krankenhaus je Krankenkasse.
  - b) Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 % und unterhalb von 60 %: **Prüfquote von 10 %** der Schlussrechnungen in einem Krankenhaus je Krankenkasse
  - c) Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 %: **Prüfquote von 15 %** der Schlussrechnungen in einem Krankenhaus je Krankenkasse

**MERKE** | Wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 20 % liegt oder ein begründeter Verdacht einer systematischen Falschabrechnung besteht, gelten die Prüfquoten nicht.

### § 275c Abs. 3: Strafzahlungen für die Krankenhäuser!

Wie bereits erwähnt erhält das Krankenhaus – wie gewohnt – für unbeanstandet gebliebene Rechnungen eine Aufwandspauschale von 300 Euro. Für beanstandete Rechnungen haben Krankenhäuser künftig Aufschlagszahlungen an die Krankenkassen zu entrichten, die sich wie folgt ermitteln lassen:

- Zunächst hat der Gesetzgeber für das Jahr **2020** festgelegt, dass die Krankenhäuser – neben der Rückzahlung des vom MD festgestellten Differenzbetrags – einen Aufschlag in Höhe von 10 % des Differenzbetrags zwischen dem ursprünglichen und dem nach Prüfung durch den MD geminderten Abrechnungsbetrag an die Krankenkassen zu zahlen haben. Der zu leistende Betrag ist auf einen Mindestbetrag von 300 Euro (Äquivalent zur Aufwandspauschale) nach unten begrenzt, wohingegen ein vom Krankenhaus an die Krankenkasse zu zahlender Höchstbetrag nicht festgelegt worden ist. Es handelt sich mithin um eine Strafzahlung der Krankenhäuser an die Krankenkasse für eine vom MD beanstandete Rechnung.

Quartalsbezogene Prüfquoten ...

... die ab 2021 gestaffelt sind

Beanstandete Rechnungen haben einen Aufschlag zur Folge

Ab 2021 werden  
immer mindestens  
300 Euro fällig

- Ab dem Jahr 2021 haben die Krankenhäuser
  - bei einem Anteil unbeanstandeter Rechnungen von 60 % oder darüber keine Strafzahlungen – neben der Rückerstattung des Differenzbetrags – zu befürchten.
  - Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 % und unterhalb von 60 % muss ein Krankenhaus einen Aufschlag von 25 bis 50 % des Differenzbetrags zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag als Strafzahlung leisten.
  - Beträgt der Anteil unbeanstandeter Rechnungen weniger als 40 % bzw. besteht der Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, ist ein Aufschlag in Höhe von 50 % der festgestellten Differenz zu zahlen.

Der Abschlag ab dem Jahr 2021 beträgt jedoch mindestens 300 Euro und höchstens 10 % des aufgrund der Prüfung durch den MD geminderten Abrechnungsbetrags, wobei der Mindestbetrag von 300 Euro nicht unterschritten werden darf.

**MERKE** | Die Krankenhäuser werden durch die im Gesetz festgelegte Systematik in erheblichem Maße von diesen Beanstandungsquoten abhängig sein, da hierdurch sowohl die Festlegung der Prüfquoten als auch der Sanktionszahlungen erfolgt und damit ein entsprechendes Ergebnis auch eine doppelte Sanktionierung für das Krankenhaus bedeutet.

#### § 275c Abs. 4: Krankenkassen dürfen nicht mehr aufrechnen!

Dieser Absatz verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen dazu, zur Umsetzung der Einzelfallprüfung nach den Vorgaben der Absätze 1 bis 3 bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen.

#### § 275c Abs. 5: Kein Aufschub durch nachträgliche Änderungen

Für die Festlegung der Prüfquote ist es irrelevant, ob nachträgliche Feststellungen zur Abrechnung – bspw. durch gerichtliche Verfahren – getroffen werden. Das Erheben eines Widerspruchs und/oder einer Klage gegen die Geltendmachung von Aufschlagszahlungen und gegen die Ermittlung der Prüfquote haben keine aufschiebende Wirkung und sind damit von den Krankenhäusern mit deren Festlegung zunächst bindend.

#### § 275c Abs. 6: Unzulässigkeit einer einzelfallbezogenen Prüfung ...

... bei der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten und bei der Prüfung der Einhaltung von Strukturmerkmalen, die nach dem neuen § 275d SGB V geprüft wurden.

#### § 275c Abs. 7: Krankenkassen dürfen nicht mehr aufrechnen!

Gegen Forderungen von Krankenhäusern für ab 01.01.2020 aufgenommene Patienten darf seitens der Krankenkassen nur noch aufgerechnet werden, wenn die Forderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird oder rechtskräftig festgestellt wurde. Demnach könnten die Krankenkassen nicht mehr ihre potenziellen Rückerstattungsansprüche mit neuen Vergütungsforderungen der Krankenhäuser aufrechnen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können abweichende Regelungen vereinbaren.

Nachträgliche  
Änderungen  
reduzieren nicht  
die Prüfquote

Rückerstattungen  
können nicht mit  
neuer Vergütung  
verrechnet werden

Demnach müssten grundsätzlich die Krankenkassen ihre Rückforderungsansprüche einklagen, sodass die Klageobliegenheiten von den Krankenhäusern auf die Krankenkassen übertragen worden sind.

**MERKE |** Das Aufrechnungsverbot zulasten der Krankenkassen hat zur Folge, dass die Liquidität bis zur Entscheidung der Gerichte beim Krankenhaus bleibt. Es bleibt jedoch zu befürchten, dass die Krankenkassen dieses Verbot umgehen werden und damit die Regelung ad absurdum führen könnten.

### **Klageerhebung als Ultima Ratio!**

Vor Erhebung einer Klage ist zwingend eine Einzelfallerörterung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus durchzuführen, in der zu klären ist, ob eine Klage überhaupt zulässig ist. Damit wird eine Art Vorverfahren eingeführt, das in der Umsetzung noch der Klarstellung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene bedarf. Diese Regelung ist bis zum 30.06.2020 zu treffen.

Bereits festgelegt ist, dass die Parteien von Einwendungen oder einem Tatsachenvortrag im Gerichtsverfahren ausgeschlossen sind, insoweit diese nicht vorab erörtert worden sind oder Fristen versäumt wurden, wenn sie auf von der Krankenkasse oder vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen beruhen.

Ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene soll zudem Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen verbindlich beurteilen, indem dieser innerhalb von acht Wochen nach seiner Anrufung entscheidet und seine Entscheidungen veröffentlicht. Der Schlichtungsausschuss kann angerufen werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, vom Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen Vorsitzenden.

### **Zukünftig keine Rechnungskorrektur mehr!**

Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist.

### **Kann das MDK-Reformgesetz seine Ziele erreichen?**

Nach den Angaben des Bundesgesundheitsministeriums bestehen die Ziele des MDK-Reformgesetzes insbesondere darin, dass der Medizinische Dienst künftig organisatorisch von den Krankenkassen gelöst wird und als unabhängige Körperschaft des öffentlichen Rechts ausgestaltet ist. Zudem soll die

Erst reden,  
dann klagen!

Schlichtung bei  
Grundsatzfragen

Hehre Ziele ...

... aber  
Umsetzung mit  
vielen Fragezeichen

Prüfung der Krankenhausabrechnung einheitlicher und transparenter gestaltet werden. Strittige Kodier- und Abrechnungsfragen sollen systematisch vermindert werden. Hierbei wird vom Bundesgesundheitsminister Spahn apodiktisch betont, dass zukünftig die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen soll. Die Krankenhäuser, die schlecht abrechnen werden mehr geprüft als gut abrechnende – so das Bundesgesundheitsministerium.

Dies dürfte vor allem deshalb ein Trugschluss sein, weil zum einen die handelnden Personen beim MDK – bzw. dem neu geschaffenen MD – immer noch dieselben Personen sind, die jahrelang „auf Geheiß“ der Krankenkassen zu einem nicht unerheblichen Teil anlasslos Prüfungen mit absehbaren Begutachtungsergebnissen durchgeführt haben. Zum anderen können diese Prüfungen und ihre Ergebnisse demzufolge nicht zwingend einen Rückschluss darüber zulassen, ob ein Krankenhaus „schlecht abrechnet“ und daher einer höheren Prüf- und Strafzahlungsquote unterliegt.

Auch eine Entlastung der Sozialgerichte dürfte aus den vorgenannten Regelungen keinesfalls resultieren, da neben den gewöhnlichen inhaltlichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Kliniken nunmehr auch andere Streitgegenstände (Rückforderung der Strafzahlungen, Klage gegen Festsetzung der Prüfquote) „beklagt“ werden dürften. Zudem müssen die Krankenhäuser die gegen sie festgesetzten Strafzahlungen zunächst entrichten und können sich erst im Nachhinein dagegen zu Wehr setzen, wobei Rückstellungen in erheblichem Umfang gebildet werden müssen.

Krankenhäuser  
werden stark  
belastet

Für die Krankenhäuser und deren Fachbereiche sind die neuen Regelungen des MDK-Reformgesetzes daher nicht unwesentlich belastend, da aufgrund der neu eingeführten Präklusionsvorschrift in § 17c KHG nur noch Einwendungen, die bereits im Prüfverfahren eingebracht wurden bei Gericht berücksichtigt werden sollen. Damit ist im Prüfverfahren noch mehr als bislang besonders auf die vorgelegten Unterlagen und Angaben zu achten. Nachlässigkeiten im vorgerichtlichen Bereich wirken sich nunmehr elementar auf die gerichtliche Durchsetzbarkeit von Vergütungsansprüchen aus.

Jetzt noch seit 2015  
offene Fälle vor  
Gericht bringen

Es ist bis zum heutigen Tag nicht ersichtlich, welche Anforderungen an die Erörterungen zwischen den Parteien im kommenden Jahr gestellt und welche Fristen hierzu vereinbart werden. Die Leistungserbringer müssen daher dringend prüfen, ob die offenen Behandlungsfälle vom 01.01.2015 bis 31.12.2019 noch vor dem Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes rechtshängig gemacht (dem Gericht zur Entscheidung übergeben) werden sollen, um den Anforderungen einer vorgerichtlichen Erörterung zu entgehen.

Andere, aber  
bestimmt nicht  
weniger Streitfälle

**Zusammenfassend** ist festzustellen, dass sich die Streitigkeiten zwischen den Parteien nicht wesentlich vermindern dürften, sondern gerade eine inhaltliche Verlagerung der Problematiken droht, was zu einer weiteren Unberechenbarkeit des Systems führen dürfte. Auch die Vorgaben zu den durchzuführenden Strukturprüfungen im neu geschaffenen § 275d SGB V beinhalten einige Stolpersteine und Systemprobleme für die Krankenhäuser. Hierauf wird in einem folgenden Artikel eingegangen.