

## **Bundestag beschließt zum 1. August 2013 den Wegfall der Stichprobenprüfung im Krankenhaus und weitere wichtige Änderungen zum MDK-Überprüfungsverfahren**

*Im täglichen Umgang zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bietet das Überprüfungsverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nicht selten Konflikte. Exakte Vorgaben fehlten bislang. Der Gesetzgeber möchte den bestehenden Unsicherheiten nunmehr durch Änderung des § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) begegnen. Die Änderungen treten zum 01.08.2013 in Kraft.*

Als insbesondere dem sogenannten Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) unterworfenen Körperschaften des öffentlichen Rechts sind die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V verpflichtet, eine Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn sie Zweifel an der vom Krankenhaus überlassenen Abrechnung hegen. Hier können unterschiedliche Punkte von Bedeutung sein, z.B. die Frage der medizinischen Indikation und der Verweildauer. Streitig sind auch oft Kodierfragen, welche Haupt- oder Nebendiagnose richtig ist. In allen diesen Fällen geht es nicht um rein rechnerische Fragen. Die Krankenkasse ist dann auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen, weil sie nicht über den hierfür erforderlichen medizinischen Sachverstand verfügt. In der Praxis wird dies von den Krankenkassen teilweise anders gesehen. Eine solche Auffälligkeitsprüfung wird auch nicht selten aufgrund statistischer Erfahrungen eingeleitet.

### **Das dreistufige Überprüfungsverfahren**

Mit Urteil vom 22.04.2009 (Az.: B 3 KR 24/07 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) in der außergerichtlichen Überprüfung von Krankenhausrechnungen ein dreistufiges Überprüfungsverfahren gesehen.

Auf der 1. Stufe prüft die Krankenkasse die ihr nach § 301 SGB V überlassenen Daten. Bestehen hier Zweifel, kann die Krankenkasse einen nach dem Landesvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V vorgesehenen Kurzbericht anfordern. Ein solcher Kurzbericht ist z.B. in Nordrhein-Westfalen vorgesehen.

Lassen sich die Zweifel der Krankenkasse hierdurch nicht beseitigen, ist diese auf der 2. Stufe verpflichtet, den MDK unter Vorlage der Daten nach § 301 SGB V und eines etwaigen Kurzberichtes zu konsultieren.

Erst wenn dies nicht zur Zufriedenheit der Krankenkasse verläuft, kann sich der MDK im Auftrag der Krankenkasse an das Krankenhaus wenden und die Vorlage von Unterlagen verlangen, womit die 3. Stufe der Prüfung eingeleitet wäre.

### **Die Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V**

Mit Wirkung zum 01.04.2007 ist die Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V, mit welchem das außergerichtliche Überprüfungsverfahren durch Einschaltung des MDK durch eine zeitliche Vorgabe und durch Aufwandspauschalen eingeschränkt worden, in Kraft getreten. Nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V muss eine Überprüfung durch den MDK innerhalb von sechs Wochen nach Zugang der Rechnung dem Krankenhaus gegenüber angezeigt werden.

Seit der Entscheidung des BSG vom 16.05.2012 (Az.: B 3 KR 14/11 R) steht fest, dass diese Sechs-Wochen-Frist vom Zeitpunkt des Eingangs des vollständigen Datensatzes nach § 301 SGB V und Vorlage eines etwaigen nach dem jeweiligen Landesvertrag nach § 112 Abs. 2

Nr. 1 SGB V vorgesehenen Kurzberichtes beginnt. Versäumt die Krankenkasse diese Frist, werden ihre Einwände gegen die Richtigkeit der Krankenhausabrechnung in einem weiteren gerichtlichen Verfahren nicht gehört. § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V bildet somit auf der 3. Stufe eine Ausschlussfrist. Die Krankenkasse muss sich Versäumnisse des MDK, dass dieser die Prüfung zu spät anzeigt, zurechnen lassen.

### **Gesetzgeber verlangt einheitliche Vorgaben beim MDK-Überprüfungsverfahren**

Das eigentliche Überprüfungsverfahren durch Einschaltung des MDK selbst war bislang nicht gesetzlich geregelt worden. Hier bestehen auf Landesebene unterschiedliche Regelungen in den Landesverträgen nach § 112 SGB V. In der praktischen Umsetzung hat es jedoch sowohl auf Seiten der Krankenhäuser, als auch auf Seiten der Krankenkassen erhebliche Unsicherheiten gegeben. Diesen Unsicherheiten möchte der Gesetzgeber nunmehr durch eine Änderung des § 17c KHG begegnen. Die Bestimmung des § 275 SGB V bleibt dem gegenüber unberührt.

§ 17c KHG regelte bislang die Stichprobenprüfung in den Krankenhäusern, die durch den MDK auf Antrag der Krankenkassen durchgeführt werden konnte. Die Möglichkeit der Durchführung einer Stichprobenprüfung wird nunmehr abgeschafft, weil die Krankenkassen von diesen Möglichkeiten nur unzureichend Gebrauch gemacht haben.

Am 14.06.2013 hat der Bundestag die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit vom 12.06.2013 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drs. 17/12947) verabschiedet. Das Gesetz wurde am 17.05.2013 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht (BGBl. I 2013, 2423 ff.), so dass es zum 01.08.2013 in Kraft getreten ist.

Auch wenn der Titel dieses Gesetzes solches nicht vermuten lässt, enthält es wesentliche Änderungen, die zu einer vollkommenen Neugestaltung der außergerichtlichen Überprüfung von Krankenhausrechnungen, insbesondere durch Einschaltung des MDK führen.

### **Schaffung eines einheitlichen Prüfungsverfahrens bis zum 31.03.2014 durch die Spitzenverbände**

Nach § 17c Abs. 2 KHG (n.F.) werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ermächtigt, das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V zu regeln. Hiermit sollen einheitliche Standards bundesweit verabschiedet werden. Es ist hier auch möglich, von der Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V abzuweichen, d.h. die Spitzenverbände dürfen hier längere oder kürzere Fristen regeln, wann das MDK-Überprüfungsverfahren eingeleitet werden kann.

Der Gesetzgeber gibt den Spitzenverbänden zudem vor, dass sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbe gründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK, über den Zeitpunkt der Beauftragung des MDK, die Prüfdauer, den Prüfort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen haben.

Im Zusammenhang mit der Frage von Rückforderungen soll dann auch geklärt werden, ob eine Aufrechnung mit anderen Forderungen statthaft ist.

Der Gesetzgeber mahnt die Spitzenverbände dazu, bis zum 31.03.2014 eine solche Vereinbarung zustande zu bringen, anderenfalls wird diese durch die Schiedsstelle getroffen. Die Vereinbarung der Spitzenverbände bzw. der Schieds spruch sind nicht nur für die Krankenkassen und die Krankenhäuser unmittelbar verbindlich; die Verbindlichkeit gilt auch gegenüber dem MDK.

### **Schlichtungsausschuss auf Bundesebene: Grundsätzliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen**

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber verfügt, dass die Spitzenverbände auf Bundesebene einen Schlichtungsausschuss bilden, an welchem auch das DRG-Institut und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als Mitglieder ohne Stimmrecht beteiligt sind. Aufgabe dieses Schlichtungsausschusses nach § 17c Abs. 3 KHG (n.F.) ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung. Entscheidungen, die der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene trifft, sind für die Krankenkassen

sen, den MDK und die Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

Die Spitzenverbände sind berufen, bis zum 31.12.2013 diesen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene einzurichten. Geschieht dies nicht, ist hierzu die Schiedsstelle bei den Spitzenverbänden berufen.

Der Schlichtungsausschuss kann auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankengesellschaften angerufen werden, die wiederum ihren Mitgliedern entsprechende Rechte einräumen können.

### **Modellvorhaben zu Auffälligkeitsprüfungen**

Die Spitzenverbände sollen nach § 17c Abs. 4a KHG (n.F.) zudem modellhaft die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf Grundlage der Daten nach § 21 des KHEntgG entwickeln und erproben. Dies soll der Prüfung von sekundärer Fehlbelegung, wenn Patienten nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, dienen. Hier soll ein auf statistischen Auffälligkeiten beruhendes Verfahren entwickelt und modellhaft erprobt werden. Die näheren Einzelheiten sind bis zum 31.03.2014 zu vereinbaren. Der erste Bericht über eine modellhafte Erprobung ist dann bis zum 31.03.2015 zu veröffentlichen.

### **Überprüfung der MDK-Beurteilung durch einen Schlichtungsausschuss**

Während der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene grundsätzliche Fragen zur Kodierung und Abrechnung klären soll, kann sich auf Landesebene ein Schlichtungsausschuss mit den Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V befassen. Nach § 17c Abs. 4 Satz 1 KHG (n.F.) können dann die Ergebnisse der Überprüfungen durch Einschalten des MDK durch den Schlichtungsausschuss überprüft werden.

Der Schlichtungsausschuss, der aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie Vertretern der Krankenkassen und der Krankenhäuser in gleicher Zahl besteht, entscheidet dann durch Beschluss, gegen den der Sozialrechtsweg statthaft ist. Es ist den Parteien dann unbenommen, trotzdem das Sozialgericht anzurufen. Der Schlichtungsausschuss entscheidet somit nicht abschließend.

Es dürfte aber davon ausgegangen werden, dass die Anrufung des Schlichtungsausschusses die Angelegenheit beschleunigt. Im Falle einer ordnungsgemäßen Rechtsbehelfsbelehrung müsste dann innerhalb einer Klagefrist von einem Monat ab Zustellung der Entscheidung Klage erhoben werden. Es besteht dann nicht mehr die Möglichkeit, bis kurz vor Eintritt der Verjährung zuzuwarten.

### **Anrufung des Schlichtungsausschusses in Bagatellfällen obligatorisch**

Für Streitigkeiten, die eine Rechnungsdifferenz von weniger als 2.000 € betreffen, ist die Anrufung des Schlichtungsausschusses dann obligatorisch, da eine Klage nach § 17c Abs. 4b Satz 4 KHG (n.F.) erst nach Durchführung des Schlichtungsverfahrens statthaft ist.

Der Gesetzgeber erhofft sich hierdurch, dass im Schlichtungsverfahren ein großer Teil derartiger Bagatellstreitigkeiten außergerichtlich beigelegt werden kann, da anderenfalls – gerade durch die Beauftragung von gerichtlichen Sachverständigen – ein nicht mehr in Relation zum Streitwert stehendes prozessuales Risiko besteht.

### **Bewertung und Ausblick für die Praxis**

Zu begrüßen ist, dass die Spitzenverbände berufen sind, unter Berücksichtigung der Erfahrungen beider Parteien tragfähige Vorgaben zu entwickeln, wie das außergerichtliche Überprüfungsverfahren von Krankenhausrechnungen gestaltet werden kann.

Ebenfalls positiv wird sein, dass bundeseinheitliche Vorgaben entwickelt werden und hier nicht von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Landesverträge herangezogen werden müssen.

Zu hoffen ist, dass hier die Unklarheiten, welche Informationen das Krankenhaus herausgeben darf, geklärt werden. Grundsätzlich ist § 301 SGB V abschließend; weitere Angaben darf die Krankenkasse vor Einschaltung des MDK nicht erhalten. Streitig ist hier immer, wie detailliert die Daten nach § 301 SGB V gefasst werden müssen, bzw. in welcher Art und Weise sie erläutert werden können, ohne die ärztliche Schweigepflicht zu tangieren.

Sehr sinnvoll wird es auch sein, hier Regelungen vorzugeben, innerhalb welches Zeitfensters die Prüfung durch den MDK abgeschlossen werden

muss. Dies ist vor dem Hintergrund oft monate- oder gar jahrelanger Überprüfungsverfahren schon lange erforderlich gewesen. Da § 17c Abs. 4b Satz 4 KHG (n.F.) für Bagatellstreitigkeiten die Einleitung des Schlichtungsverfahrens verlangt und die Frage der Streitsumme erst nach Abschluss des MDK-Überprüfungsverfahrens feststeht, ist eine solche Regelung sehr sinnvoll.

Da die Krankenkasse Herrin des MDK-Überprüfungsverfahrens ist und ihr Versäumnisse des MDK zugerechnet werden müssen, sollten die Spitzenverbände auf Bundesebene in den Regelungen im Sinne von § 17c Abs. 2 KHG (n.F.) auch bestimmen, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, die Krankenhausrechnung erst einmal zu zahlen. Dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass dieses ohnehin geschehen muss, lässt sich der Neuregelung des § 17c Abs. 2 Satz 3 KHG (n.F.) entnehmen, wo er den Spitzenverbänden aufgibt, auch Regelungen über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen. Dies impliziert, dass die Krankenkassen nach dem Willen des Gesetzgebers zunächst die Krankenhausrechnungen bezahlen, bevor der

MDK beauftragt wird. Dies ist sachgerecht, weil die Krankenhäuser ihrerseits mit der Sachleistung zu Gunsten der bei den Krankenkassen versicherten Patientinnen und Patienten in Vorleistung getreten sind.

Die Einrichtung der Schlichtungsausschüsse auf Landesebene bleibt abzuwarten. Es ist davon auszugehen, dass nach dem Wegfall der Stichprobenprüfung der in diesem Zusammenhang eingerichtete Schlichtungsausschuss mit entsprechenden Modifikationen diese Aufgaben übernehmen wird. Wann die Arbeitsfähigkeit im Einzelnen hergestellt sein wird, muss aber abgewartet werden. Es bleibt zu hoffen, dass die Landesverbände im Sinne des Gesetzgebers für eine zeitnahe Umsetzung der Vorgaben sorgen.

*Dr. Marc Sieper, Sindelfingen  
Fachanwalt für Medizinrecht  
sieper@rpmed.de*

[www.rpmed.de](http://www.rpmed.de)

Impressum:

Ratajczak & Partner, Rechtsanwälte  
Posener Str. 1, 70165 Sindelfingen  
AG Stuttgart (PR 240005), Sitz Sindelfingen  
USt.-Ident-Nr.: DE145149760

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:  
Dr. Detlef Gurgel

E-Mail der Redaktion: [redaktion@rpmed.de](mailto:redaktion@rpmed.de)

Die Mitteilungen dieses Newsletters enthalten allgemeine Informationen zu rechtlichen Themen. Eine rechtliche Beratung im Einzelfall können sie nicht ersetzen. Für die Richtigkeit der Information übernehmen wir keine Haftung.