

**RAUE** LLP

---

# Strukturprüfungen des MDK

GBA-Richtlinien, OPS, landesplanerische Festlegungen

---

**Prof. Dr. Wolfgang Kuhla**

Rechtsanwalt und Notar | Fachanwalt für Verwaltungsrecht |  
Honorarprofessor an der Freien Universität Berlin

# MDK prüft Qualitätsvorgaben



# Übersicht

- Rechtsquellen der Qualitätsvorgaben
- Rechtsfolgen des Verstoßes gegen Qualitätsvorgaben
- Prüfung der Einhaltung von Qualitätsvorgaben, insb. Strukturprüfungen des MDK
- Zusammenfassung

# Rechtsquellen der Qualitätsvorgaben

**GBA-  
Richtlinien**

**OPS-Codes**

**Festlegungen  
im  
Landes-  
Krankenhaus-  
Plan**

# GBA-Richtlinien

## § 136 Abs. 1 SGB V

### Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt ... für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien ... insbesondere ...

Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

Soweit erforderlich erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss die notwendigen Durchführungsbestimmungen. ...

# GBA-Richtlinien

## Erlass von GBA-Richtlinien 2016 / 2017 (Auswahl)

- Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL
  - Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma
  - Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
  - Änderung der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
  - Änderung der Richtlinie zur Kinderonkologie
  - Änderung der Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen
- 
- **Anpassungen an veränderte Normenstruktur im SGB V**
  - **Anpassungen an veränderte OPS- und ICD-Codes**
  - **Inhaltliche Änderungen**

# GBA-Richtlinien

## **Verbindlichkeit**

Krankenkassen und MDK sind an die Regelungen einer GBA-Richtlinie gebunden.

Die Wirksamkeit von GBA-Richtlinien ist im Entgelt-Rechtsstreit von den Sozialgerichten zu beurteilen.

Die Wirksamkeit von GBA-Richtlinien kann auch in einem speziellen Verfahren vor dem LSG Potsdam angegriffen werden (bundesweite Zuständigkeit gem. § 29 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz – SGG).

## OPS-Codes

### **Übermittlung von Leistungsdaten der Krankenhäuser, § 301 Abs. 1 SGB V**

Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser ... sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben ... zu übermitteln: ...

6. Datum und Art der im oder vom jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren, ...

Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b und § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können.



# OPS-Codes

## **Operationen und Prozeduren-Schlüssel (OPS-Code)**

wird erlassen vom

**Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI),**

einer nicht rechtsfähigen Anstalt des Bundes und nachgeordneter Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit.

Aktualisierung des OPS beruht auf einem Vorschlagsverfahren, das die Selbstverwaltungspartner und verschiedene Fach-Organisationen einbindet („organisierte Meinungsbildung“).

Das Letztentscheidungsrecht liegt bei der Behörde, dem DIMDI.

## OPS-Codes

OPS-Code kann verschiedene „**Mindestmerkmale**“ enthalten, die der Leistungsqualität dienen, z. B.:

### OPS 8-980 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung):

Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein.

### 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur):

Die patientennahe Pflege erfolgt durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit einer Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2017 eine vergleichbare fünfjährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend.

## OPS-Codes

### **OPS-Codes dienen der pauschalierenden Abrechnung:**

OPS-Codes sind „vertypete“ Leistungsbeschreibungen, die praxisnah sicher stellen, dass gebräuchliche oder zu erwartende Untersuchungs-, Behandlungs- und Pflegemaßnahmen pauschalierend erfasst werden, so dass sie u.a. bei der Abrechnung berücksichtigt werden.

### **OPS-Codes dienen nicht der Qualitätssicherung:**

- DIMDI hat nur Befugnis zur Verschlüsselung.
- Wenn Mindestmerkmale nicht erfüllt werden, darf das nicht zur Folge haben, dass die nach allgemeinem Standard erbrachten Leistungen unverhältnismäßig schlecht vergütet werden → Gebot der „leistungsorientierten Vergütung“, § 17b KHG.
- Konflikt mit Sicherstellungsauftrag des Landes
- **Entsprechende OPS-Codes sind unwirksam.**

# OPS-Codes

## Anderer Ansicht BSG:

Die Pflicht des GBA, gemäß § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V die Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen, bezieht sich nur auf grundlegende medizinische Anforderungen an die Leistungserbringer und nicht auf konkrete Vergütungsvoraussetzungen. Das DIMDI kann daher sehr wohl auch strukturelle Abrechnungsvoraussetzungen für die jeweilige Prozedur (hier: Mindestmerkmale des OPS-Kodes 8-980) festlegen.

*BSG Urteil vom 18. Juli 2013 – B 3 KR 25/12 R – Rn. 20*

Maßgebliche nach § 301 SGB V zu übermittelnde Behandlungsdaten sind keine Fakten, sondern Ergebnisse rechtlicher Subsumtion vornehmlich nach Maßgabe von ICD-10-GM, OPS, Deutschen Kodierrichtlinien, Fallpauschalenvereinbarung und Groupierung.

*BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 – B 1 KR 24/16 R – Rn. 19*

# OPS-Codes

## Dagegen spricht:

- Die Herausgabe des OPS durch das DIMDI, einer unselbstständigen Verwaltungseinheit der Beklagten (Bundesrepublik Deutschland), stellt ein schlicht hoheitliches Handeln dar.

*OLG Hamburg, Urteil vom 27.09.2013 - 3 U 56/11 - BeckRS 2013, 17296, sub B I 2 b (Hervorhebung und Klammervermerk nur hier)*

Schlicht hoheitliches Handeln ≠ Regelung

- Tatbestand des § 301 SGB V ermächtigt zur Verschlüsselung, nicht zur Regelung. Verschlüsselung ist der Übersetzung einer Leistungsbeschreibung in eine andere Sprache vergleichbar.
- Potentieller Konflikt mit den Qualitätsanforderungen des Landes-Krankenhausplans

# OPS-Codes

## Verbindlichkeit

Krankenkassen und MDK sind an die OPS-Codes gebunden.

Die Zulässigkeit der Leistungsbeschreibung durch OPS-Codes ist im Entgelt-Rechtsstreit von den Sozialgerichten zu beurteilen.

## **Kodierung setzt nach BSG voraus, dass Strukturanforderungen im Allgemeinen, nicht nur im konkreten Fall, erfüllt werden:**

„Ob in einem Krankenhaus die ständige ärztliche Anwesenheit ... gewährleistet ist, ist als strukturelle Abrechnungsvoraussetzung des Codes 8-980 unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses zu beurteilen. Ist dies wie im Krankenhaus der Klägerin nicht der Fall, so ist die Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung von vornherein ausgeschlossen.“

BSG Urteil vom 18. Juli 2013 – B 3 KR 25/12 R; allerdings muss eine Anforderung nur im Einzelfall erfüllt werden, wenn es um eine bloße Prozessanforderung geht: *Horndasch/Dennler*, f&w 2017,243,244.

# Festlegungen im Landes-Krankenhausplan

## § 136b Abs. 2 Satz 4 SGB V

Ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.

*(bis zum 31. Dezember 2016 § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V)*

### Verständnis der Regelung:

Der Bundesgesetzgeber nimmt erklärtermaßen seine konkurrierende Gesetzgebungsbefugnis im Bereich der Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) nicht erschöpfend wahr und ermöglicht so den Ländern gesetzliche Regelungen, die dann ihrerseits Grundlage für planerische Festlegungen sein können.

➤ **Planerische Festlegungen ohne landesgesetzliche Grundlage sind rechtswidrig.**

# Festlegungen im Landes-Krankenhausplan

## **Krankenhausplan NRW 2015**

Krankenhäuser, die risikoreichere Versorgungsleistungen oder solche in höherer Komplexität erbringen bzw. künftig anbieten wollen, müssen sogar eine höhere Präsenz organisieren bis hin zur ständigen, d.h. 24-stündigen Anwesenheit einer Ärztin / eines Arztes mit der entsprechenden Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnung.“

Vgl. Krankenhausplan NRW 2015, unter Gliederungspunkt „2.2.2.1. Versorgungsqualität“, S. 24 ff.

## **Krankenhausplan Berlin 2016**

Chefarztärztin bzw. Chefarzt und Stellvertretung verfügen über eine der Abteilung entsprechende abgeschlossene Facharztweiterbildung, und Fachärztinnen und Fachärzte der entsprechenden Facharzttrichtung im Gesamtumfang (inkl. Leitung) von mindestens zwei Vollzeitstellen sind in der Abteilung dauerhaft tätig.

Vgl. Krankenhausplan Berlin 2016 unter Gliederungspunkt 6, S. 25



## Rechtsfolgen des Verstoßes gegen GBA-Richtlinie

**Leistungsverbot, wenn Anforderungen der GBA-RL nicht eingehalten werden?**

§ 7 Abs. 1 TAVI-RL

Die Krankenhäuser müssen die Anforderungen der Richtlinie erfüllen, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu dürfen.

**§ 136b Abs.4 SGB V regelt Leistungsverbot nur für Mindestmengen**

Wenn die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden.

➤ **Kein Leistungsverbot, wenn Anforderungen einer GBA-QuS-RL nicht eingehalten werden.**

# Rechtsfolgen des Verstoßes gegen GBA-Richtlinie

## **Verlust oder Schmälerung des Entgeltanspruchs, wenn Anforderungen der GBA-RL nicht eingehalten werden?**

### § 4 QBAA-RL

normiert differenzierte Anforderungen an die Weiterbildung der Ärzte und Pflegekräfte, die in der Einrichtung tätig sind.

### § 3 QBAA-RL bestimmt:

Die elektive stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2 darf nur in einer Einrichtung erfolgen, welche die in dieser Richtlinie festgelegten Anforderungen gemäß §§ 4 und 5 erfüllt.

# Rechtsfolgen des Verstoßes gegen GBA-Richtlinie

## Sachverhalt

Patientin wird erfolgreich behandelt. Im Behandlungszeitraum wurden nicht alle Anforderungen gem. § 4 QBAA-RL erfüllt.

## **BSG: Richtlinie begründet Leistungs- und Abrechnungsverbot**

- Die Leistung ist „im Rechtssinne nicht erforderlich“.
- § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V a.F. erlaubt Vergütungsausschluss.

*BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 - B 1 KR 15/13 R*

# Rechtsfolgen des Verstoßes gegen GBA-Richtlinie

## Ursprüngliche Bedenken gegen BSG-Entscheidung

- Im Rechtssinne nicht erforderlich? Erforderlichkeit dient der Abgrenzung stationär / ambulant.
- Vergütungsausschluss wird auf § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V a.F. gestützt, der lautet:

Soweit erforderlich erlässt er (der GBA) die notwendigen Durchführungsbestimmungen und Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschläge für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.
- § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird in der QBAA-RL nicht als Ermächtigungsgrundlage genannt (Regelungswille des G-BA ?).
- Gibt es einen Vergütungsabschlag von 100 Prozent?

# Rechtsfolgen des Verstoßes gegen GBA-Richtlinie

## Weitere Bedenken gegen BSG-Entscheidung aufgrund gesetzlicher Neuregelung durch das KHSG

### § 137 Abs. 1 SGB V (i.d.F. ab 1. Januar 2016):

<sup>1</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c festzulegen.

<sup>2</sup>Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen.

# Rechtsfolgen des Verstoßes gegen GBA-Richtlinie

<sup>3</sup>Solche Maßnahmen können insbesondere sein:

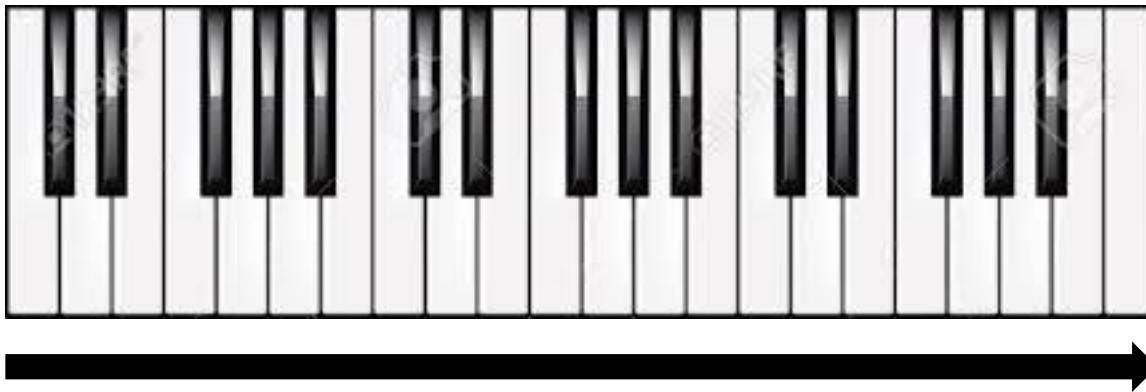
1. Vergütungsabschläge,
2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind, ...

<sup>4</sup>Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden.

<sup>5</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 4 und zu den Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13.

# Rechtsfolgen des Verstoßes gegen GBA-Richtlinie

## Zwei zentrale Erkenntnisse



Der Gesetzgeber will, dass die Tonleiter von unten gespielt wird:

➤ **Sanktionierende Regelungen müssen verhältnismäßig sein.**

➤ **Ohne spezielle GBA-RL keine Entgeltreduzierung, wenn Anforderungen einer GBA-Qs-RL nicht eingehalten werden.**

# Rechtsfolgen des Verstoßes gegen GBA-Richtlinie

## Praktische Konsequenzen

- Krankenhäuser müssen ihren Entgeltanspruch gerichtlich verfolgen.
- Rechtsstreit ggf. durch die Instanzen bis zum Bundesverfassungsgericht.



# Rechtsfolgen, wenn OPS-Mindestmerkmale nicht eingehalten werden

## Zentrale Erkenntnis:

- **OPS-Code kann mangels gesetzlicher Ermächtigung des DIMDI zu Regelungen, die der Qualitätssicherung dienen, unwirksam sein.**

# Rechtsfolgen, wenn OPS-Mindestmerkmale nicht eingehalten werden

## Praktische Konsequenzen

- Vergütung nach niedriger bemessener DRG ausreichend?
- Bei unangemessener Vergütung: Verfolgung eines höheren Vergütungsanspruchs im Klagewege, ggf. bis zum Bundesverfassungsgericht

# Rechtsfolgen, wenn landesplanerische Qualitätsvorgaben nicht eingehalten werden

## **Zentrale Erkenntnis:**

- **Landesplanerische Qualitätsvorgabe kann mangels differenzierter landesgesetzlicher Ermächtigung der Planungsbehörde zur Festlegung von Qualitätsvorgaben unwirksam sein.**

# Rechtsfolgen, wenn landesplanerische Qualitätsvorgaben nicht eingehalten werden

## **Praktische Konsequenz**

- Unabhängig von der Wirksamkeit der Festlegung: Leistung erfolgt in jedem Fall im Rahmen des Versorgungsauftrages.
- Keine entgeltrechtlichen Konsequenzen
- Verstoß gegen wirksame landesplanerische Festlegung kann Konsequenzen bei der Novellierung des Krankenhausplans haben.

# Strukturprüfungen des MDK

## § 275a SGB V

Der MDK prüft:

1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c,
2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und
3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.

Prüfungen müssen durch „Anhaltspunkte“ begründet sein (§ 137 Abs. 3 SGB V).

Alternativ sind „Stichproben zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten zulässig (§ 137 Abs. 3 SGB V i.d.f.d. Gesetzes vom 18.7.2017)

# Strukturprüfungen des MDK

## § 275a SGB V

GBA bestimmt durch RL, wer Auftrag erteilen darf.

- **Mangels GBA-RL zu § 137 Abs. 3 und § 275a Abs. 1 SGB V noch nicht „scharf geschaltet“**

*Heberlein* in: BeckOK Sozialrecht, Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, 46. Edition (Stand: 01.09.2017), § 275a SGB V Vorbemerkung

- **Aktuell fehlt die erforderliche rechtliche Grundlage für die Prüfung der Qualitätssicherungs-Anforderungen durch den MDK außerhalb von Einzelfallprüfungen gem. § 275a SGB V.**

- **Der GBA beabsichtigt die Richtlinie gem. § 275a SGB V am 21. Dezember 2018 zu veröffentlichen.**

# Strukturprüfungen des MDK: GBA-RL

## **§ 7 Abs. 6 TAVI-RL**

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist berechtigt, die Richtigkeit der Angaben des Krankenhauses vor Ort zu überprüfen. Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der Angaben in den Checklisten gemäß Anlage 2 beurteilen zu können, sind im Fall einer Prüfung dem MDK vor Ort auf Verlangen vorzulegen.

## **§ 7 Kinderherzchirurgie-RL**

(1) Der Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen nach dieser Richtlinie ist gegenüber den Krankenkassen vor Ort im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen in Form einer Checkliste (Anlage 3) regelmäßig bis spätestens zum 30. September eines Jahres zu führen.

(2) Alle notwendigen Unterlagen sind, um die Richtigkeit der Angaben in der Checkliste beurteilen zu können, bei Prüfungen nach § 275 SGB V Absatz 4 dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorzulegen.

## Strukturprüfungen des MDK: GBA-RL

### **Rechtsgrundlage für entsprechende Nachweisverfahren?**

§ 136 Abs. 1 Satz 1 SGB V – nein

§ 275 Abs. 4 SGB V – nein

Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) gem. § 17c Absatz 2 KHG – nein

Ebenso offensichtlich BMG, Schreiben vom 30. April 2012 an GBA, zitiert nach *Beume/Porten*, KH 2014,1044.

### **Verbot die getroffenen tatsächlichen Feststellungen zu berücksichtigen?**

Wohl nein.

*BSG*, Urteil vom 16. Mai 2013 – B 3 KR 32/12 R – juris Rn. 28: Annahme eines Rechtsmissbrauchs durch die Krankenkasse mit nachfolgendem Verwertungsverbot ist auf gravierende Fälle vertragswidrigen Verhaltens zu beschränken.

### **Verbindlichkeit der getroffenen tatsächlichen Feststellungen für Kassen und Krankenhaus sowie Gerichte?**

Nein.

*LSG Stuttgart*, Urteil vom 14. Dezember 2016 – I 5 KR 4875/14 BeckRS 2016, 112990



## Strukturprüfungen des MDK: GBA-RL

**Verbindlichkeit der getroffenen rechtlichen Wertungen für Kassen und Krankenhaus oder Gerichte?**

Nein.

**Haben tatsächliche Feststellungen des MDK im Hinblick auf das von Anforderungen einer QuS-RL „Vorwirkungen“ oder „Nachwirkungen“?**

Nein, weder noch, sie können nur den Zeitpunkt oder den Zeitraum betreffen, den der MDK geprüft hat.

- **Feststellungen des MDK im Rahmen von Prüfungen auf der Grundlage von GBA-Qs-RL haben nur für den Prüfzeitpunkt Bedeutung, sie sind für Kassen, Krankenhäuser und Gerichte nicht verbindlich.**

# Strukturprüfungen des MDK: OPS-Code

## **Keine Überprüfung im strukturierten Verfahren gem. § 275 Abs. 1 Satz 1 SGB V:**

Einer der in § 275 Abs 1 S 1 SGB V abschließend aufgeführten Begutachtungs-anlässe liegt nicht vor. Es geht also nicht um eine medizinische Sachfrage des konkreten Einzelfalles, zu deren Klärung der MDK eingeschaltet werden muss.

*BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – B 3 KR 25/12 R – juris Rn. 21*

## Strukturprüfungen des MDK: OPS-Code

**Aber:**

### **Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung**

Die Krankenkassen haben das Recht Rechnungen des Krankenhauses auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit zu prüfen. Diese Prüfungsbefugnis besteht unabhängig von den engeren Anforderungen einer Auffälligkeitsprüfung. Es unterliegt einem eigenen Prüferegime.

BSG, Urteil vom 5. Oktober 2016 - B 1 KR 18/16 R, Rn. 15 ; *Hambüchen*, KH 2017, 978, 982 verneint das Bestehen eines solchen Prüfungsverfahrens

- **BSG wird mutmaßlich eine Befugnis zur „konzertierten“ Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung in gleich gelagerten Behandlungsfällen bejahen.**
- **Keine Befristung der Prüfungsmöglichkeit innerhalb Verjährungszeit**

## Strukturprüfungen des MDK: OPS-Code

**Bei einer retrospektiven Budgetvereinbarung ist der Streit über das Vorliegen von OPS-Voraussetzungen auf der Entgeltebene zu klären:**

Das Krankenhausentgeltgesetz trennt systematisch zwischen der prognostischen Aufstellung des Erlösbudgets und der Abrechnung der im Vereinbarungszeitraum tatsächlich erbrachten Krankenhausleistungen. Für die Rechtmäßigkeit des Erlösbudgets ist daher grundsätzlich ohne Bedeutung, ob später im konkreten Behandlungsfall tatsächlich alle Abrechnungsvoraussetzungen vorliegen.

Die Schiedsstelle durfte das Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen des OPS-Kodes 8-980 offen lassen und die Vertragsparteien insoweit auf die Klärung im sozialgerichtlichen Verfahren verweisen, weil die Vertragsparteien eine eben solche Regelung hätten vereinbaren können.

BVerwG Urteil vom 5. Mai 2017 – 3 C 17/15 – juris Rn. 19 und 16

# Durchsetzung von Ansprüchen auf Rückzahlung von Entgelten

Eine Krankenkasse setzt ihren Anspruch auf Rückzahlung überzahlter Entgelte („öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch“) regelmäßig im Wege der Aufrechnung gegen unbestrittene Entgeltforderungen des Krankenhauses durch.

*BSG Urteil vom 25. Oktober 2016 – B 1 KR 9/16 R – juris*

## Zusammenfassung:

DIMDI fehlt die Befugnis durch die Fassung von OPS-Codes („Mindestmerkmale“) zur Qualitätssicherung die Vergütung von Leistungen zu reduzieren.

Planerische Festlegungen ohne landesgesetzliche Grundlage sind rechtswidrig.

Es besteht kein Verbot Leistungen zu erbringen, welche die Anforderungen einer GBA-QuS-RL nicht einhalten.

Eine Vergütungsreduzierung oder ein Wegfall des Vergütungsanspruchs setzen eine ausdrückliche Regelung in einer Richtlinie des G-BA voraus. Solche Richtlinien existieren noch nicht.

## Zusammenfassung:

Derzeit existiert keine wirksame Rechtsgrundlage, die es dem MDK – mit oder ohne Auftrag – erlauben würde, „Strukturprüfungen“ durchzuführen.

Feststellungen des MDK im Rahmen von Prüfungen auf der Grundlage von GBA-Qs-RL haben nur für den Prüfzeitpunkt Bedeutung. Sie sind für Kassen, Krankenhäuser und Gerichte nicht verbindlich.

BSG wird mutmaßlich eine Befugnis zur „konzertierten“ Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung in gleich gelagerten Behandlungsfällen bejahen.

Keine Befristung der Prüfungsmöglichkeit innerhalb der Verjährungszeit.

## KONTAKT



---

# DR. MAREN BEDAU

**PARTNERIN**

RECHTSANWÄLTIN SEIT 2004

FACHANWÄLTIN FÜR MEDIZINRECHT SEIT 2007

---

[maren.bedau@raue.com](mailto:maren.bedau@raue.com)

+49 30 818 550 360



# KONTAKT



---

## PROF. DR. WOLFGANG KUHLA

**PARTNER**

RECHTSANWALT SEIT 1983

FACHANWALT FÜR VERWALTUNGSRECHT SEIT 1987

NOTAR SEIT 1992

---

[wolfgang.kuhla@raue.com](mailto:wolfgang.kuhla@raue.com)

+49 30 818 550 301