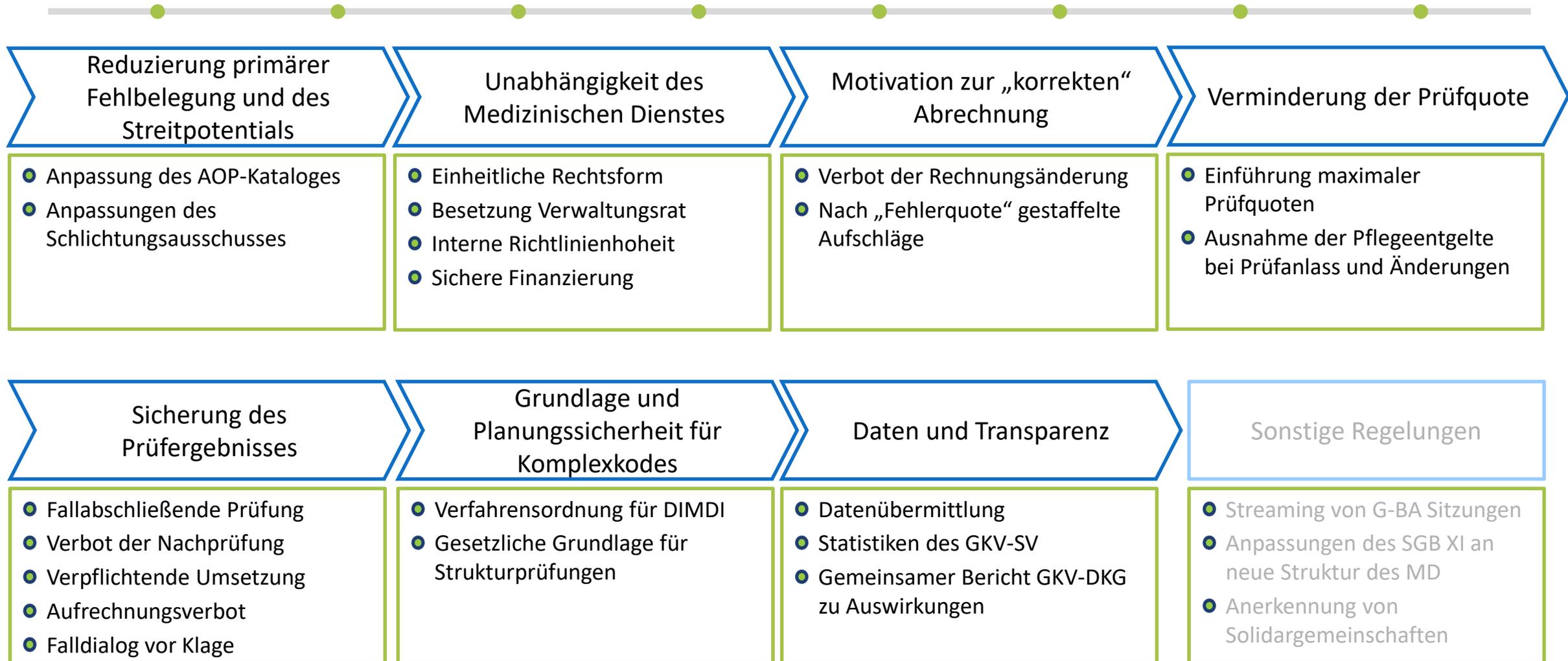




MDK-Reformgesetz

Stand 03.05.2019 – Referentenentwurf

MDK-Reformgesetz – Ziele und Inhalte



MDK-Reformgesetz – Ziele und Inhalte



Reduzierung primärer Fehlbelegung und des Streitpotentials

Anpassung des Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Maßnahmen

- Neuer Absatz 1a in § 115b SGB V
 - Gutachtauftrag zur Überprüfung und Anpassung des AOP-Kataloges

§ 115b Abs. 1a SGB V

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird.

Das Gutachten nach Satz 1 hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren.

Kommt eine Vergabe des Gutachtens innerhalb der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtauftrags innerhalb von sechs Wochen fest.

Im Gutachtauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres nach der Vergabe fertigzustellen ist.

Reduzierung primärer Fehlbelegung und des Streitpotentials

Anpassung des Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Maßnahmen

- Änderung § 115b Abs. 1 SGB V
 - Weiterentwicklung des AOP-Kataloges

§ 115b Abs. 1 SGB V

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

- 1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen,*
- 2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.*

In die Vereinbarung nach Satz 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie darin allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann.

Bei der einheitlichen Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren.

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist regelmäßig, spätestens im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen.

Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit

Reduzierung primärer Fehlbelegung und des Streitpotentials

Anpassung des Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Maßnahmen

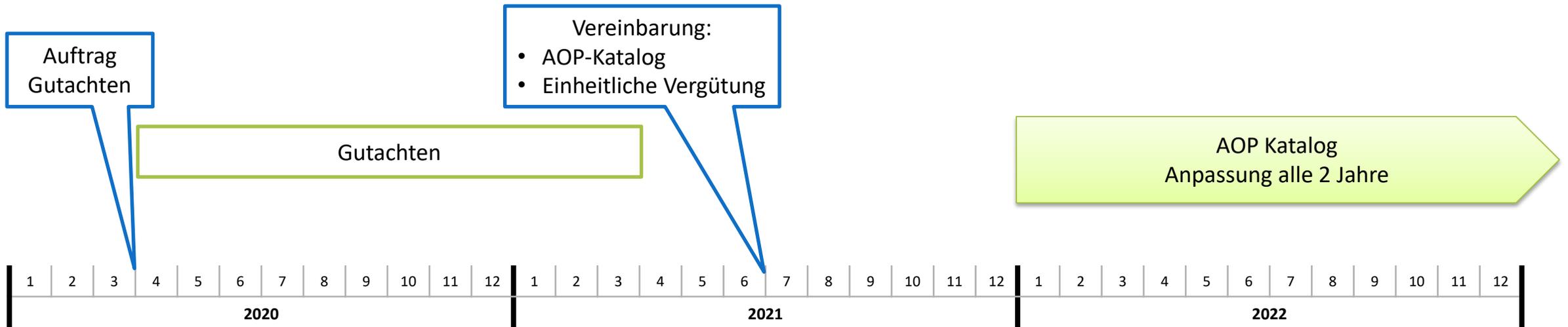
- Ergänzung § 115b Abs. 2 SGB V
 - Ausnahme von der Prüfung durch den Medizinischen Dienst

§ 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V

Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1

Reduzierung primärer Fehlbelegung und des Streitpotentials

Anpassung des Katalogs für ambulante Operationen und stationersetzende Maßnahmen



Reduzierung primärer Fehlbelegung und des Streitpotentials

Anpassungen des Schlichtungsausschusses

- Neuer § 18b KHG
 - Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen

§ 18b KHG

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht.

Für den Schlichtungsausschuss ist § 18a Absatz 6 Satz 2 bis 4, 7 und 8 entsprechend anzuwenden; bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser für die Bildung des Schlichtungsausschusses sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der Entgeltsysteme im Krankenhaus berücksichtigt werden.

Kommen die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses erforderlichen Entscheidungen ganz oder teilweise nicht zustande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen.

Soweit eine Einigung auf die unparteiischen Mitglieder nicht zustande kommt, werden diese durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen.

(2) Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung.

Reduzierung primärer Fehlbelegung und des Streitpotentials

Anpassungen des Schlichtungsausschusses

- Neuer § 18b KHG – Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen
 - Erweiterung des Kreises der potentiellen Antragsteller

§ 18b KHG

(3) Der Schlichtungsausschuss kann vom

- Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
- der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
- den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,
- den Landeskrankenhausgesellschaften,
- **den Krankenkassen,**
- **den Krankenhäusern,**
- **den Medizinischen Diensten,**
- **den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften,**
- dem Bundesministerium für Gesundheit
- und dem unparteiischen Vorsitzenden angerufen werden.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit bei Bedarf bei einer Anrufung des Schlichtungsausschusses zu unterstützen; die dem Institut hierfür entstehenden Aufwendungen sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 zu finanzieren.

Reduzierung primärer Fehlbelegung und des Streitpotentials

Anpassungen des Schlichtungsausschusses

- Neuer § 18b KHG – Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen
 - Beschleunigung der Entscheidung durch 8-Wochen Frist
 - Entscheidungen wirken (ausschließlich?) auf die Zukunft bzw. für noch offene Verfahren

§ 18b KHG

(4) Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen. Bei der Entscheidung sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen.

Eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für alle nach dem Zeitpunkt der Entscheidung erstellten Krankenhausabrechnungen sowie für Abrechnungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Reduzierung primärer Fehlbelegung und des Streitpotentials

Anpassungen des Schlichtungsausschusses

- Neuer § 18b KHG – Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen
 - Konkrete Beauftragung zur Klärung der zwischen SEG 4 und DGfM strittig gestellten Kodierempfehlungen
 - Automatische Beauftragung bei zukünftigen Differenzen
 - Entscheidungen gelten unmittelbar als Kodierregeln und sind entsprechend verbindlich

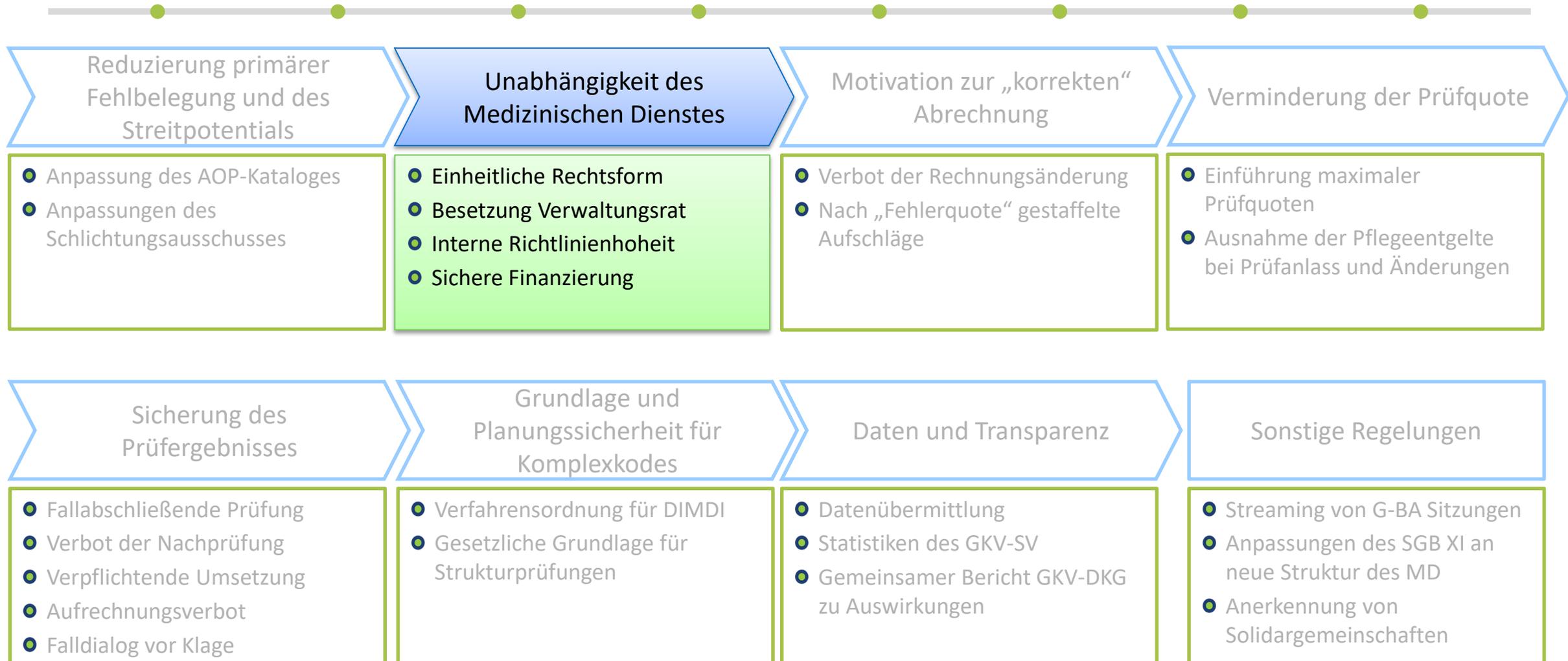
§ 18b KHG

(5) Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen; anschließend sind die zukünftig als strittig festgestellten Kodierempfehlungen vom Schlichtungsausschuss zu entscheiden.

(6) Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich; die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten als Kodierregeln.

(7) Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

MDK-Reformgesetz – Ziele und Inhalte



Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Alle MDK werden zu eigenständigen Körperschaften öffentlichen Rechts
 - Bisher Arbeitsgemeinschaften der Landesverbände der Krankenkassen bzw. Verein des GKV-Spitzenverbandes (MDS)
 - Bisher im Osten teilweise e. V.
- MD auf Länderebene
 - Ausnahme länderübergreifenden Zusammenschluss von MD möglich
 - Bestehende mehrere MD im Land (NRW) bzw. länderübergreifende MD (SH/HH, B/BRB) können bestehen bleiben

§ 278 SGB V

(1) In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet.

Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Verwaltungsräte der betroffenen Medizinischen Dienste ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden.

Diese Beschlüsse bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden der betroffenen Länder.

In Ländern, in denen mehrere Medizinische Dienste oder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst bestehen, kann diese Aufteilung beibehalten werden.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Erweiterung der Berufsgruppen für Begutachtungen
- Einrichtung einer Ombudsperson für interne und externe Beschwerden
 - Insbesondere zur Meldung von Beeinflussungsversuchen durch Dritte

§ 278 SGB V

(2) *Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen.*

Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt. § 18 Absatz 7 des Elften Buches bleibt unberührt.

(3) *Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, **insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte**, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können.*

Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form zweijährlich und bei gegebenem Anlass. Das Nähere regelt die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Berichtspflicht der Landes-MD and den MD Bund
 - Schaffung von Transparenz

§ 278 SGB V

(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund zwei-jährlich zum 1. April über

- 1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 275a bis § 275d,*
- 2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und*
- 3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.*

Das Nähere zum Verfahren regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

● Organe sind Verwaltungsrat und Vorstand

§ 279 SGB V

(1) Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.

(2) Der Verwaltungsrat hat

- 1. die Satzung zu beschließen,*
- 2. den Haushaltsplan festzustellen,*
- 3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen,*
- 4. die Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der Richtlinien und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 aufzustellen,*
- 5. Nebenstellen zu errichten und aufzulösen und*
- 6. den Vorstand zu wählen und zu entlasten.*

§ 210 Absatz 1 gilt entsprechend.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Zusammensetzung des Verwaltungsrates
 - 6 Kassenvertreter
 - 6 Patientenvertreter
 - 4 Vertreter der Pflegeverbände und Ärztekammer

§ 279 SGB V

(3) Der Verwaltungsrat besteht aus 16 Vertretern. Die Vertreter werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt, davon

- 1. sechs Vertreter auf Vorschlag der Verwaltungsräte oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen, der BAHN-BKK und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,*
- 2. sechs Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der Verbraucherschutzorganisationen jeweils auf Landesebene sowie*
- 3. vier Vertreter auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern.*

...

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Zusammensetzung des Verwaltungsrates
 - Ausschluss von Mitgliedern von Verwaltungsräten von Krankenkassen
 - Möglichkeit zur Verkleinerung des Verwaltungsrates bei kleinen MD

§ 279 SGB V

...

*Personen, **die Mitglieder des Verwaltungsrates oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände sind** oder innerhalb von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates waren, können nicht benannt werden. § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4, Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend.*

Für Medizinische Dienste, die für weniger als eine Million Mitglieder zuständig sind, kann die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes die Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrates nach Satz 1 unter Beibehaltung der Aufteilung nach Satz 2 halbieren. Sie legt die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 2 fest.

Bei der Benennung des Verwaltungsrats hat sie darauf hinzuwirken, dass Frauen und Männer je zur Hälfte in diesem vertreten sind.

Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes hat bei der Benennung der Vertreter nach Satz 2 Nummer 1 die einzelnen Krankenkassen entsprechend ihrer Mitgliederzahl sowie die Vertretung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer angemessen zu berücksichtigen.

Sie bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 2 Nummer 2 sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, insbesondere die Erfordernisse an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

● Aufgaben des Vorstands

- Geschäftsführung, Haushaltsverantwortung sowie gerichtliche und außergerichtliche Vertretung des MD
- Veröffentlichungspflicht der Bezüge

§ 279 SGB V

(4) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit gefasst. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.

(5) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und dem Stellvertreter gebildet.

Er führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrates.

Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich.

Die Höhe der jährlichen Vergütungen der oder des Vorstandsvorsitzenden und des Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen.

Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die der oder dem Vorstandsvorsitzenden und dem Stellvertreter im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, sind der oder dem Vorsitzenden und der oder dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen. § 35a Absatz 6a des Vierten Buches gilt entsprechend.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

● Finanzierung (Landes-MD)

- Aufgaben aus dem SGB V – abgesehen von der Beratungstätigkeit für die einzelne Kasse (§ 275 Abs. 4 SGB V) – werden über eine Umlage durch die Landesverbände der Krankenkassen finanziert
- Die Umlage wird in Abhängigkeit von der Anzahl der Mitglieder mit Wohnort im Bereich des MD verteilt
- Die Pflegekassen tragen jeweils die Hälfte des Umlagebetrags

§ 280 SGB V

(1) Die erforderlichen Mittel zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 1 bis 3a und den § 275a bis 275d werden von den Krankenkassen nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 durch eine Umlage aufgebracht.

Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen.

Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenkassen jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen.

Die Pflegekassen tragen abweichend von Satz 3 die Hälfte der Umlage nach Satz 1.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Finanzierung (Landes-MD)

- Bestimmte Leistungen sind vom jeweiligen Auftraggeber aufwandsbezogen zu erstatten:
 - Beratungstätigkeiten für die einzelne Kasse nach § 275 Abs. 4 SGB V
 - Durch das Land im Rahmen der Krankenhausplanung beauftragte Kontrollen (§ 275a Absatz 4 SGB V)

§ 280 SGB V

(2) Die Leistungen der Medizinischen Dienste oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Absatz 4 von den Krankenkassen übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten.

Dies gilt auch für Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4.

Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen.

Werden dem Medizinischen Dienst Aufgaben übertragen, die die Prüfung von Ansprüchen gegenüber anderen Stellen betreffen, die nicht zur Leistung der Umlage nach Absatz 1 Satz 1 verpflichtet sind, sind ihm die hierdurch entstehenden Kosten von den anderen Stellen zu erstatten.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Finanzierung (Landes-MD)

- Querverweise zu Details der Haushaltsführung mit der Maßgabe der Genehmigungspflicht des Haushaltes durch die Aufsichtsbehörde
- Bestimmung der obersten Landesbehörde als Aufsicht

§ 280 SGB V

(3) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69, § 70 Absatz 5 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf, § 72 Absatz 1 und 2 Satz 1 erster Halbsatz, die §§ 73 bis 77 Absatz 1 und § 79 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Absatz 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend.

Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.

Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches sowie § 220 Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst untersteht der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat.

§ 87 Absatz 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend.

§ 275 Absatz 5 ist zu beachten.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - Körperschaft öffentlichen Rechts mit Landes-MD als Mitglieder

§ 281 SGB V

(1) Der Medizinische Dienst Bund ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Mitglieder des Medizinischen Dienstes Bund sind die Medizinischen Dienste.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - Finanzierung über eine Umlage der Landes-MD
 - Höhe der Umlage ergibt sich aus den Mitgliedszahlen der den Landes-MD tragenden Kassen

§ 281 SGB V

(2) Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund erforderlichen Mittel werden von den Medizinischen Diensten durch eine Umlage aufgebracht.

Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzubringen.

Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen.

§ 217d Absatz 2 gilt entsprechend. § 70 Absatz 5 des Vierten Buches gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf.

Das Nähere zur Finanzierung regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.

Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - Die Aufsicht erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit

§ 281 SGB V

(3) Der Medizinische Dienst Bund untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 217d Absatz 3, die §§ 217g bis 217j, § 219 und § 274 gelten entsprechend. § 275 Absatz 5 ist zu beachten.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)

- Organe sind Verwaltungsrat und Vorstand
- Zusammensetzung des Verwaltungsrates
 - Wahl durch die Vertreter der Verwaltungsräte in den Landes-MD und zwar
 - 6 durch die jeweiligen Kassenvertreter
 - 6 durch die jeweiligen Patientenvertreter
 - 4 durch die jeweiligen Vertreter der Pflegeverbände und Ärztekammer
 - Das Stimmgewicht der Vertreter der jeweiligen Landes-MD richtet sich nach den Mitgliederzahlen der jeweiligen Kassen

§ 282 SGB V

(1) Organe des Medizinischen Dienstes Bund sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus 16 Vertretern. Die Vertreter werden gewählt durch die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste, davon

- 1. sechs Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1,*
- 2. sechs Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und*
- 3. vier Vertreter durch die Vertreter nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 3.*

...

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - Zusammensetzung des Verwaltungsrates

§ 282 SGB V

(2) ...

Bei der Wahl verteilt sich das Stimmgewicht innerhalb der jeweiligen Vertretergruppen nach Satz 2 im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen nach § 279 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes.

Das Stimmgewicht beträgt mindestens drei Stimmen;

- *für Medizinische Dienste mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern in ihrem Einzugsbereich beträgt es vier,*
- *für Medizinische Dienste mit mehr als sechs Millionen Mitgliedern fünf*
- *und für Medizinische Dienste mit mehr als sieben Millionen Mitgliedern sechs Stimmen.*

Das Nähere, insbesondere zur Wahl des Vorsitzenden und dessen Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.

Die §§ 40, 41, 42 Absatz 1 bis 3 und 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches sowie § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e sowie § 279 Absatz 3 Satz 3 gelten entsprechend.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - Aufgaben des Verwaltungsrats

§ 282 SGB V

(3) Der Verwaltungsrat hat

- 1. die Satzung zu beschließen,*
- 2. den Haushaltsplan festzustellen,*
- 3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen und*
- 4. den Vorstand zu wählen und zu entlasten.*

§ 210 Absatz 1 gilt entsprechend.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - Vorstand ...

§ 282 SGB V

(4) Der Vorstand wird aus der oder dem Vorstandsvorsitzenden und dem Stellvertreter gebildet.

Er führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes Bund, soweit nicht der Verwaltungsrat zuständig ist, und vertritt den Medizinischen Dienst Bund gerichtlich und außergerichtlich.

In der Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 können die Aufgaben des Vorstandes näher konkretisiert werden.

§ 217b Absatz 2 Satz 7 und Absatz 2a, § 279 Absatz 5 Satz 4 und 5 sowie § 35a Absatz 1 bis 3, Absatz 6 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend.

...

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - ... Regeln zur Vorstandsvergütung

§ 282 SGB V

(4) ...

Eine höhere Vergütung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder des Stellvertreters, die über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der betreffenden Person oder ihres Vorgängers im Amt hinausgeht, kann nur nach Ablauf von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung oder im Falle eines Amtswechsels vereinbart werden.

Es kann zur Erhöhung der Vergütung nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindex vereinbart werden.

Die Aufsichtsbehörde kann jeweils zu den in Satz 5 genannten Zeitpunkten eine niedrigere Vergütung anordnen.

Finanzielle Zuwendungen nach Satz 4 in Verbindung mit § 279 Absatz 5 Satz 5 sind auf die Vergütung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder des Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst Bund abzuführen.

Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes Bund für die Zukunftssicherung der oder des Vorstandsvorsitzenden oder des Stellvertreters sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - Einrichtung einer Ombudsperson für interne und externe Beschwerden
 - Insbesondere zur Meldung von Beeinflussungsversuchen durch Dritte

§ 282 SGB V

(5) Bei dem Medizinischen Dienst Bund wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Bund bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Bund vertraulich wenden können.

Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und dem Bundesministerium für Gesundheit in anonymisierter Form zweijährlich oder bei gegebenem Anlass.

Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Aufgaben des Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - Koordination und Förderung der Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste
 - Beratung des GKV-Spitzenverbandes

§ 283 SGB V

*(1) Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen und trägt Sorge für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung.
Er berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben.*

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Aufgaben des Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)

- Erlass von Richtlinien durch den MD-Bund...

§ 283 SGB V

(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch

- 1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten,*
- 2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,*
- 3. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und die Anforderungen bei der Durchführung der Begutachtung durch andere Gutachterdienste nach § 275d Absatz 1; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 30. April 2020 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen,*
- 4. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihm übertragenen Aufgaben,*
- 5. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Aufgaben,*
- 6. zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste,*
- 7. zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals,*
- 8. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie*
- 9. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.*

...

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Aufgaben des Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - ...Berücksichtigung von Stellungnahmen...

§ 283 SGB V

(2) ...

Der Medizinische Dienst Bund hat

- 1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,*
- 2. der Bundesärztekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene,*
- 3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,*
- 4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und*
- 5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit bei Richtlinien, die die Verarbeitung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen,*

Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind, und die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen.

...

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Aufgaben des Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - ...Fristen, Genehmigung, Verbindlichkeit
 - Empfehlungen des MD-Bund

§ 283 SGB V

(2) ...

Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 innerhalb von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 zu erlassen.

Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Im Übrigen kann der Medizinische Dienst Bund Empfehlungen abgeben.

Das Nähere zum Verfahren regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.

Richtlinien und Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2 Satz 3 und 4 der bis zum [...] geltenden Fassung erlassen und abgegeben hat, gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fort.

...

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Aufgaben des Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)
 - Aufgaben aus dem SGB XI
 - Berichtspflicht gegenüber BMG
 - Unterstützung

§ 283 SGB V

(3) Der Medizinische Dienst Bund nimmt auch die ihm nach § 53d des Elften Buches zugewiesenen Aufgaben wahr.

Insoweit richten sich die Verfahren nach den Vorschriften des Elften Buches.

(4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht ihn zweijährlich zum 1. September.

Das Nähere regelt die Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8.

(5) Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.

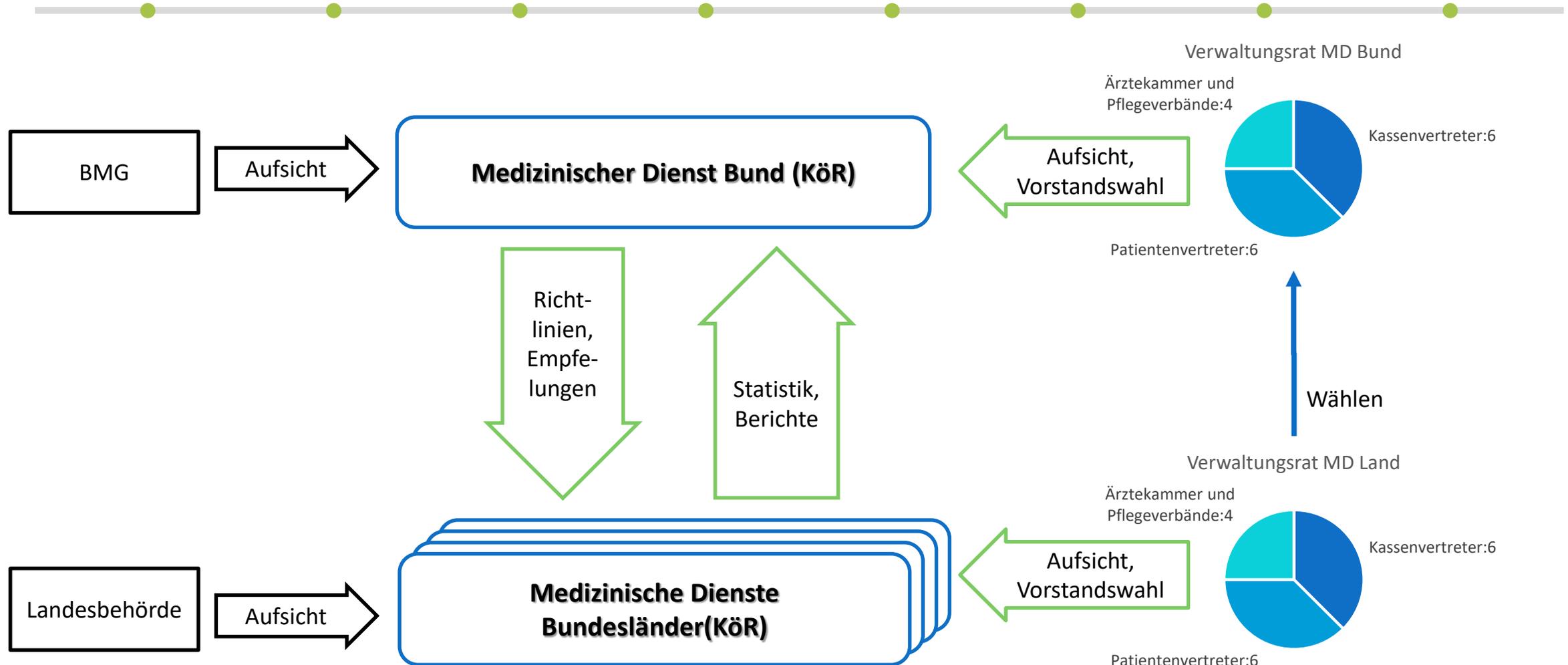
Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes

- Überführung des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in den neuen Medizinischen Dienst

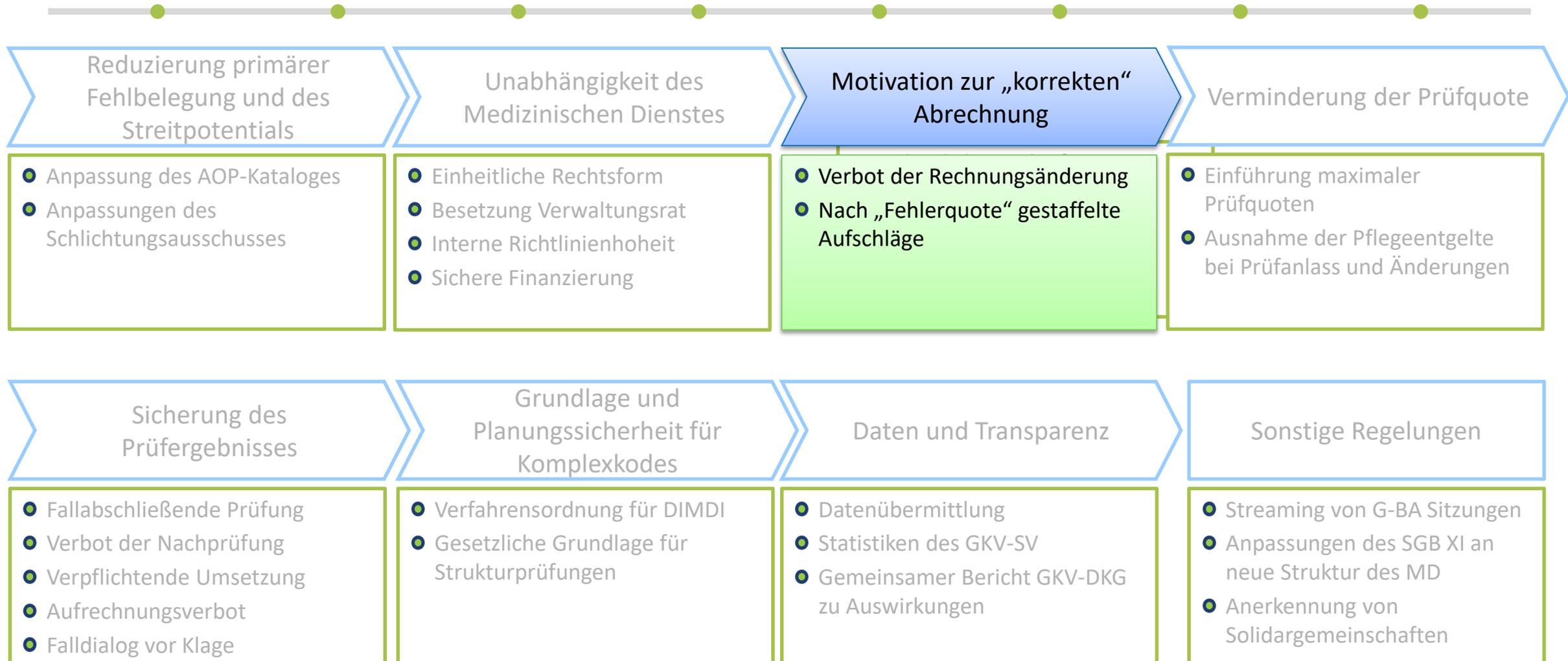
§ 328 Abs. 6 SGB V

(6) Die Aufgaben des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung gehen jeweils in dem Zeitpunkt nach Absatz 1 Satz 4 auf den Medizinischen Dienst über, in dessen Bezirk die Dienst- oder Außenstelle des jeweiligen Sozialmedizinischen Dienstes liegt.

Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes



MDK-Reformgesetz – Ziele und Inhalte



Motivation zur „korrekten“ Abrechnung

- Verbot der Rechnungsänderung nach Übermittlung an die Krankenkasse

§ 17c Abs. 2a KHG

(2a) Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen.

In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

Weitere Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung finden nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht statt.

Begründung

Bisher haben Krankenhäuser nach Rechnungsstellung, während einer Prüfung durch den MD sowie teilweise noch nach Einleitung eines Gerichtsverfahrens ihre Rechnung, zum Teil mehrfach, korrigiert. Dies erschwert eine effiziente und zügige Durchführung der Prüfverfahren und der Verfahren vor dem Sozialgericht. Zur Erleichterung und Beschleunigung dieser Verfahren werden Korrekturen von Krankenhausrechnungen durch Absatz 2a grundsätzlich ausgeschlossen. Darüber hinaus werden nach Abschluss einer Prüfung weitere anschließende Prüfungen durch die Krankenkassen oder den MD ausgeschlossen. In der Vereinbarung nach Absatz 2 können die Vertragsparteien abweichende Regelungen im Hinblick auf die Zulässigkeit von Rechnungskorrekturen treffen.

Motivation zur „korrekten“ Abrechnung

- Nach Fehlerquote gestaffelte Aufschläge auf die Differenz gegenüber der Krankenkasse
 - Bei 40% bis unter 60% „korrekter“ Abrechnungen bei MD-Prüfungen Aufschlag von 25%
 - Bei unter 40% „korrekter“ Abrechnungen bei MD-Prüfungen Aufschlag von 50%

§ 275c Abs. 3 SGB V

(3) Die Krankenhäuser haben bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen.

Dieser Aufschlag beträgt

- a) 25 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 2, [40% bis unter 60% korrekter Abrechnungen]*
- b) 50 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 2 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 4. [unter 40% korrekter Abrechnungen]*

Begründung

*Mit dem neuen Absatz 3 wird für Krankenhäuser ein Aufschlag auf die Differenz zwischen dem ursprünglich vom Krankenhaus zu hoch berechneten Rechnungsbetrag und dem nach der Abrechnungsprüfung durch den MD geminderten Rechnungsbetrag eingeführt. Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent wird nach Satz 2 Buchstabe a ein Aufschlag von 25 Prozent auf den jeweiligen Differenzbetrag fällig. Wenn der Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent liegt oder ein Ausnahmetatbestand nach Absatz 2 Satz 4 für eine erforderliche Prüfung nach Überschreitung der Prüfquote vorliegt, beträgt der Aufschlag nach Satz 2 Buchstabe b 50 Prozent auf den jeweiligen Differenzbetrag. **Hierdurch wird neben der gestaffelten Prüfquote ein weiterer Anreiz für Krankenhäuser geschaffen, einer korrekten Rechnungsstellung eine hohe Aufmerksamkeit zu widmen.***

MDK-Reformgesetz – Ziele und Inhalte



Verminderung der Prüfquote

- Einführung maximaler Prüfquoten
 - In 2020 eine fixe Prüfquote von maximal 10%
 - Ab 2020 quartalsweise gestaffelte Prüfquoten in Abhängigkeit des Anteils „korrekter“ Abrechnungen an den Prüfungen:
 - Bei 60% und mehr Anteil korrekter Abrechnungen eine Prüfquote von maximal 5%
 - Bei 40% bis unter 60% Anteil korrekter Abrechnungen eine Prüfquote von maximal 10%
 - Bei unter 40% Anteil korrekter Abrechnungen eine Prüfquote von maximal 15%
 - Bei weniger als 20% Anteil korrekter Abrechnungen kann die Prüfquote auch überschritten werden

Verminderung der Prüfquote

● Einführung maximaler Prüfquoten

§ 275c Abs. 2 SGB V

(2) Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse bis zu 10 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Abrechnungen eines Krankenhauses nach Absatz 1 prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote).

Ab dem Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem krankenhausbearbeiteten Anteil korrekter Abrechnungen nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 für jedes Quartal auf der Grundlage des Ergebnisses der Prüfung des vorvergangenen Quartals nach folgenden Maßgaben ermittelt wird:

- 1. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen von 60 Prozent oder mehr beträgt die krankenhausbearbeitete Prüfquote bis zu 5 Prozent,*
- 2. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent beträgt die krankenhausbearbeitete Prüfquote bis zu 10 Prozent,*
- 3. bei einem Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent beträgt die krankenhausbearbeitete Prüfquote bis zu 15 Prozent.*

Der Medizinische Dienst hat eine nach Absatz 1 Satz 2 eingeleitete Prüfung abzulehnen, wenn die nach Satz 1 oder 2 zulässige Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird; dabei sind die nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 veröffentlichten Abrechnungen, die die einzelne Krankenkasse vom einzelnen Krankenhaus im vorvergangenen Quartal erhalten hat, heranzuziehen.

...

Verminderung der Prüfquote

● Einführung maximaler Prüfquoten

§ 275c Abs. 2 SGB V

(2) ...

Liegt der Anteil korrekter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung, kann auch nach Erreichen der krankenhausbefugten Prüfquote vor Ende eines Quartals eine Prüfung nach Absatz 1 eingeleitet werden.

Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 4 unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen.

Begründung

Die Einzelfallprüfung wird weiterhin krankenhausesindividuell durch jede einzelne Krankenkasse auf Basis von Auffälligkeiten durchgeführt. Zur Begrenzung des Aufwandes, der allen an den Krankenhausabrechnungsprüfungen Beteiligten entsteht, und zur Reduzierung des Kassenwettbewerbes im Bereich der Abrechnungsprüfungen werden ab dem Jahr 2020 quartalsbezogene Prüfquoten eingeführt. Bei der Prüfquote handelt es sich um den Anteil der innerhalb eines Quartals beim MD eingeleiteten Prüfungen an allen Abrechnungen eines Krankenhauses, die innerhalb desselben Quartals bei der Krankenkasse eingegangen sind. Maßgeblich ist das Datum der Rechnung der stationären Behandlung.

...

Verminderung der Prüfquote

● Einführung maximaler Prüfquoten

Begründung

...

Satz 1 gibt der einzelnen Krankenkasse für die Quartale des Jahres 2020 eine zulässige Prüfquote je Krankenhaus in Höhe von bis zu 10 Prozent der im jeweiligen Quartal bei der Krankenkasse eingegangenen Abrechnungen eines Krankenhauses vor. Die quartalsbezogenen Ergebnisse zu den je Krankenhaus an die einzelne Krankenkasse gestellten Rechnungen werden erstmals im zweiten Quartal 2020 auf Basis von Daten des ersten Quartals 2020 veröffentlicht und stehen damit dann dem MD für eine krankenkassenspezifische Begrenzung von Prüfaufträgen bei einer krankenkassenbezogenen Überschreitung der zulässigen Prüfquote zur Verfügung. Für das erste Quartal 2020 ist damit die einzelne Krankenkasse eigenverantwortlich in der Pflicht, die zulässige Prüfquote nicht zu überschreiten.

*Nach Satz 2 ist die quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus ab dem Jahr 2021 auf Basis des nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichenden Anteils korrekter Abrechnungen des Krankenhauses zu bestimmen. Hierfür sind nach der Systematik des Absatzes 4 Satz 3 die Daten des dritten Quartals des Jahres 2020 maßgeblich. Der Anteil korrekter Abrechnungen ergibt sich aus dem Verhältnis der geprüften Abrechnungen, **die nach dem Prüfergebnis des MD nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben** und insoweit unbeanstandet geblieben sind, an allen abgeschlossenen Prüfungen in dem betrachteten, die Datenbasis bildenden Quartal.*

...

Verminderung der Prüfquote

● Einführung maximaler Prüfquoten

Begründung

...

*Satz 2 gibt außerdem vor, wie sich die Prüfquote in Abhängigkeit von dem Anteil korrekter Abrechnungen in dem jeweiligen Krankenhaus verändert. Liegt der Anteil korrekter Abrechnungen des einzelnen Krankenhauses über alle Krankenkassen hinweg, mit denen das Krankenhaus in dem betrachteten Quartal Fälle abgerechnet hat, bei 60 Prozent oder mehr, beträgt die zulässige Prüfquote bis zu 5 Prozent. Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent verbleibt die zulässige Prüfquote für das Krankenhaus bei bis zu 10 Prozent. Ein Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb eines Schwellenwertes von 40 Prozent führt zu einer zulässigen Prüfquote von bis zu 15 Prozent. **Durch dieses Stufensystem erhalten die Krankenhäuser einen Anreiz für eine korrekte Rechnungsstellung.** Das einzelne Krankenhaus hat im Sinne eines lernenden Systems durch Bemühungen zur Umsetzung einer korrekten Kodierung und Abrechnung Einfluss auf den Anteil korrekter Abrechnungen und somit auf die im übernächsten Quartal anzuwendende Prüfquote und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3. Die Änderung der Prüfquote erfolgt jeweils im übernächsten Quartal (Anwendungsquartal), weil ein Quartal für die Datenauswertung durch den GKV-Spitzenverband gemäß Absatz 4 benötigt wird. Durch die quartals-bezogene Prüfquote wird gewährleistet, dass sich Verbesserungen eines Krankenhauses bei der Abrechnungsqualität zeitnah in einer geringeren Prüfquote niederschlagen. Entsprechendes gilt bei einer Verschlechterung der Abrechnungsqualität für die Erhöhung der Prüfquote.*

...

Verminderung der Prüfquote

● Einführung maximaler Prüfquoten

Begründung

...

In Satz 3 wird festgelegt, dass der MD eine von der Krankenkasse eingeleitete Prüfung abzulehnen hat, wenn die in dem jeweiligen Quartal zulässige Prüfquote eines Krankenhauses von der Krankenkasse überschritten wird. Dabei ist als Bezugsgrundlage für die zulässige Prüfquote der Krankenkasse die Zahl der eingegangenen Abrechnungen des jeweiligen Krankenhauses im vorvergangenen Quartal heranzuziehen. Die MD erhalten diese Information aus der Veröffentlichung der vierteljährlichen Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes nach Absatz 4.

*Unter bestimmten Voraussetzungen soll jedoch auch nach Ausschöpfung der zulässigen Prüfquote in dem einzelnen Krankenhaus eine Abrechnungsprüfung ermöglicht werden. In Satz 4 werden dazu abschließend die Voraussetzungen genannt. Eine Prüfung im Ausnahmefall ist zulässig, sofern der Anteil korrekter Abrechnungen des betreffenden Krankenhauses unterhalb von 20 Prozent liegt oder ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung vorliegt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG [Kostenträgerseite der Budgetverhandlung] haben nach Satz 5 das Vorliegen eines Ausnahmetatbestands unter Angabe der Gründe vorher bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde **gemeinsam** anzuzeigen.*

Verminderung der Prüfquote

- Einführung maximaler Prüfquoten
 - Berechnungsgrundlagen (krankenhausbezogen)
 - Anzahl der Abrechnungen
 - Anzahl der eingeleiteten und abgeschlossenen Prüfungen
 - Anzahl der Abrechnungen ohne Minderung des Rechnungsbetrages

§ 275c Abs. 4 SGB V

(4) Zur Umsetzung der Einzelfallprüfung nach den Vorgaben nach Absatz 1 bis 3 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen.

Die Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Ende des ersten auf ein Quartal folgenden Monats, die folgenden Daten je Krankenhaus:

- 1. Anzahl der eingegangenen Abrechnungen,*
- 2. Anzahl der eingeleiteten Prüfungen nach Absatz 1,*
- 3. Anzahl der nach Absatz 1 abgeschlossenen Prüfungen,*
- 4. Anzahl der Abrechnungen, die nach der Prüfung gemäß Absatz 1 nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind.*

...

Verminderung der Prüfquote

- Einführung maximaler Prüfquoten
 - Auswertung durch den GKV-Spitzenverband

§ 275c Abs. 4 SGB V

(4) ...

Ab dem Jahr 2020 sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage der Daten nach Satz 2 bis jeweils zum Ende des zweiten Monats, der auf das Ende des jeweiligen betrachteten Quartals folgt, für das einzelne Krankenhaus insbesondere auszuweisen und zu veröffentlichen:

- 1. Anteil der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen an allen in dem betrachteten Quartal eingegangenen Abrechnungen (realisierte Prüfquote),*
- 2. Anteil der Abrechnungen, die nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben und insoweit unbeanstandet geblieben sind, an allen abgeschlossenen Prüfungen in dem betrachteten Quartal (Anteil korrekter Abrechnungen),*
- 3. zulässige Prüfquote nach Absatz 2 und die Höhe des Aufschlags nach Absatz 3, die sich aus dem Ergebnis nach Nummer 2 des betrachteten Quartals ergibt,*
- 4. Werte nach Satz 2 Nummer 1, die nach den einzelnen Krankenkassen zu gliedern sind.*

...

Verminderung der Prüfquote

- Einführung maximaler Prüfquoten
 - Veröffentlichung aggregierter Ergebnisse
 - Rechtsweg ohne aufschiebende Wirkung

§ 275c SGB V

(4) ...

Die Ergebnisse sind auch in aggregierter Form, bundesweit und gegliedert nach Medizinischen Diensten, zu veröffentlichen.

Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest.

Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(5) *Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.*

Verminderung der Prüfquote

- Ausnahme der Pflegeentgelte bei Prüfanlass und Änderungen
 - Ausnahme der Pflegeentgelte
 - Bedeutet in dieser Formulierung, dass die Abrechnung des Pflegeentgeltes unverändert bleibt (Anzahl Tage und ggf. auch zugrundeliegende DRG), auch wenn sich das DRG-Entgelt hinsichtlich DRG oder Tage ändert oder der Fall sogar als primäre Fehlbelegung bewertet wird
 - Ausnahme der Strukturprüfungen
- Verbot von prüfungsbeschränkenden Pauschalvereinbarungen

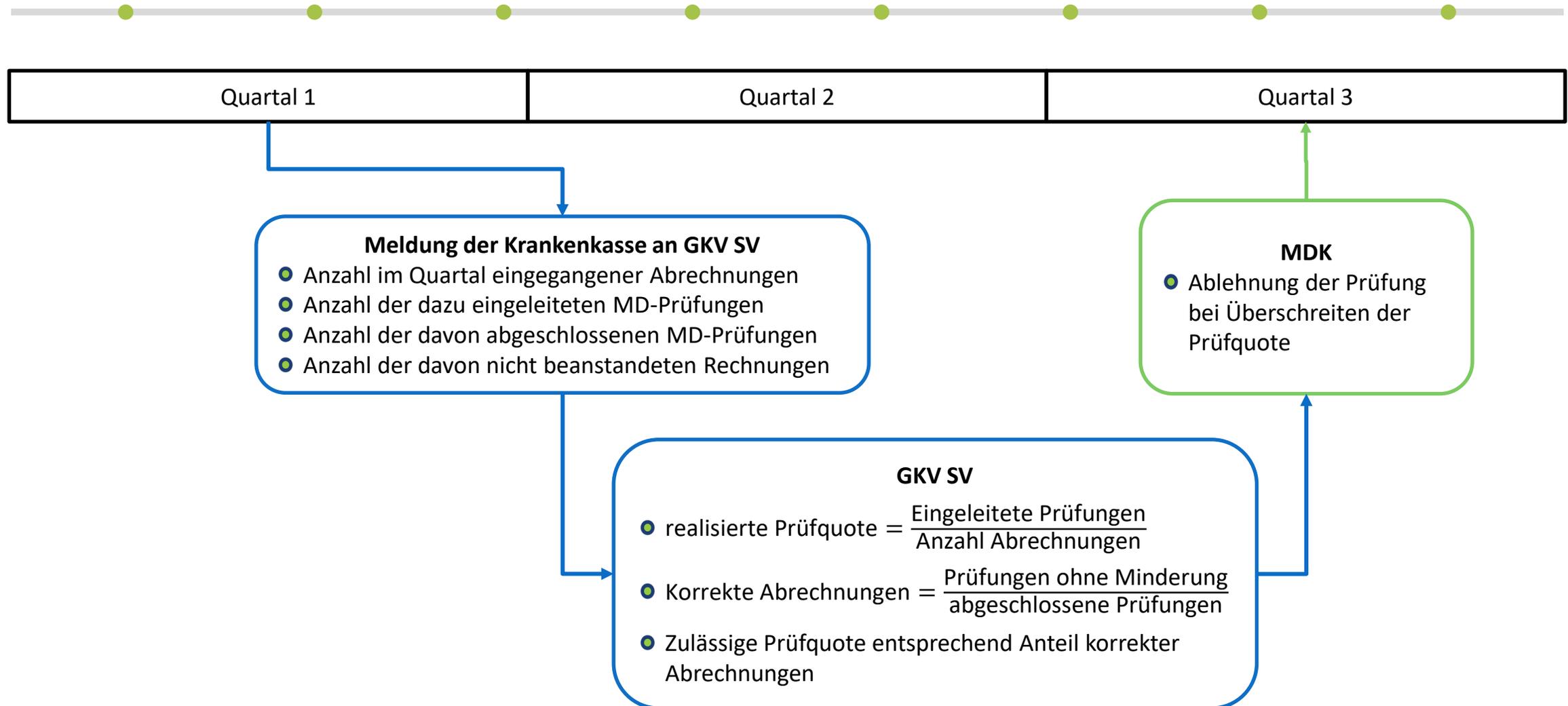
§ 275c SGB V

(6) Eine einzelfallbezogene Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht zulässig bei

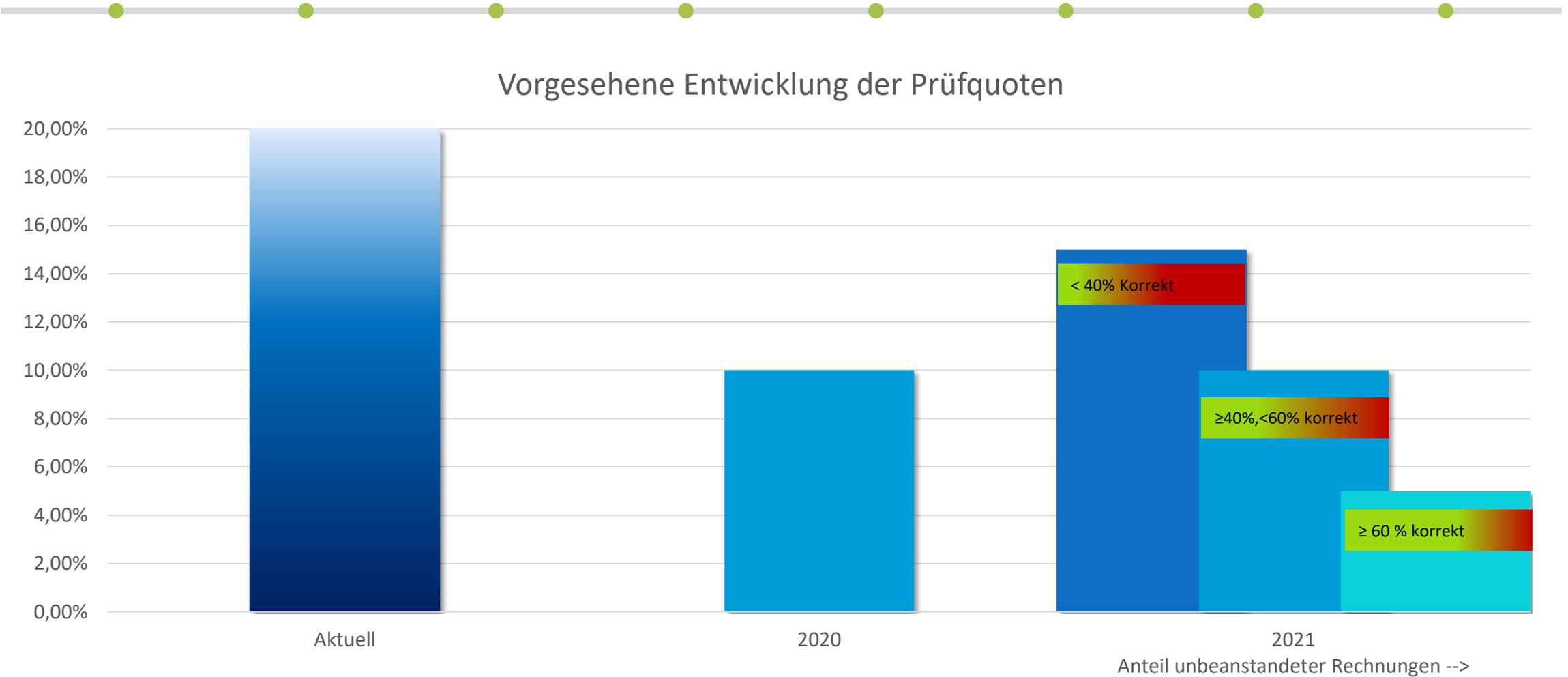
- 1. der Abrechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen **werden nur insoweit umgesetzt, als sie keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben,***
- 2. der Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale nach § 275d.*

(7) Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung geltender Entgelte für Krankenhausleistungen zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung sind nicht zulässig.

Verminderung der Prüfquote



Verminderung der Prüfquote



Verminderung der Prüfquote



Keine Auswirkungen auf Pflegeerlöse:

Ursprüngliche Abrechnung

DRG



Pflegeentgelt



MD-Prüfung: DRG-Änderung

DRG



Pflegeentgelt



MD-Prüfung: VWD-Änderung

DRG



Pflegeentgelt



MD-Prüfung: Primäre Fehlbelegung

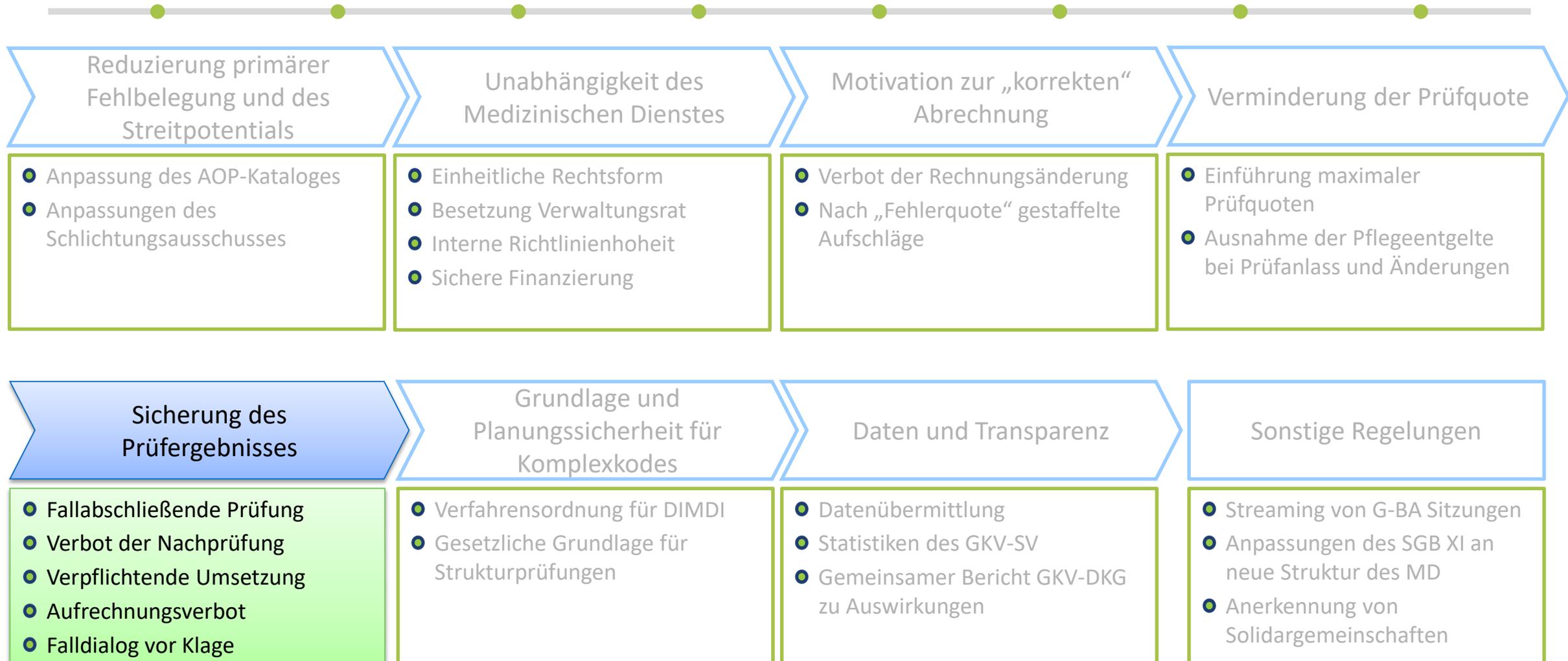
DRG



Pflegeentgelt



MDK-Reformgesetz – Ziele und Inhalte



Sicherung des Prüfergebnisses

● Fallabschließende Prüfung: Verbot der Nachprüfung

§ 17c Abs. 2a KHG

(2a) Nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen.

In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

Weitere Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung finden nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht statt.

Begründung

*Bisher haben Krankenhäuser nach Rechnungsstellung, während einer Prüfung durch den MD sowie teilweise noch nach Einleitung eines Gerichtsverfahrens ihre Rechnung, zum Teil mehrfach, korrigiert. Dies erschwert eine effiziente und zügige Durchführung der Prüfverfahren und der Verfahren vor dem Sozialgericht. Zur Erleichterung und Beschleunigung dieser Verfahren werden Korrekturen von Krankenhausrechnungen durch Absatz 2a grundsätzlich ausgeschlossen. **Darüber hinaus werden nach Abschluss einer Prüfung weitere anschließende Prüfungen durch die Krankenkassen oder den MD ausgeschlossen.** In der Vereinbarung nach Absatz 2 können die Vertragsparteien abweichende Regelungen im Hinblick auf die Zulässigkeit von Rechnungskorrekturen treffen.*

Sicherung des Prüfergebnisses

● Verpflichtende Umsetzung

§ 275c Abs. 1 SGB V

(1) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.

Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.

Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert.

Die Krankenkasse ist an das Ergebnis der Prüfung durch den Medizinischen Dienst gebunden.

Widerspruch oder Klage gegen das Prüfergebnis sind gegen die Krankenkasse zu richten.

Begründung

Der bisherige Wortlaut wird angepasst und um eine Regelung ergänzt, nach der die Krankenkasse an das Ergebnis der Prüfung durch den MD gebunden ist. Derzeit entscheidet die Krankenkasse nach Abschluss einer Prüfung durch den MD, welche Folgerungen sie aus dem Prüfergebnis zieht. Es steht der Krankenkasse insofern frei, auch über das Prüfergebnis des MD hinausgehende Ansprüche gegen das Krankenhaus geltend zu machen. Dem Anliegen, die Rolle des MD zu stärken, wird dies nicht gerecht. Aus diesem Grunde wird vorgesehen, dass die Krankenkasse künftig an das Ergebnis der Prüfung durch den MD gebunden ist.

Sicherung des Prüfergebnisses

● Aufrechnungsverbot

§ 109 Abs. 6 SGB V

*(6) Gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen können Krankenkassen **nicht** mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen.*

In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können von Satz 1 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

Begründung

In der Vergangenheit haben Krankenkassen Rückforderungsansprüche gegen Krankenhäuser wegen überzahlter Vergütungen in der Regel nicht durch Klage vor dem Sozialgericht geltend gemacht, sondern mit Rückforderungsansprüchen gegen unbestrittene Forderungen des Krankenhauses auf Vergütung erbrachter Leistungen aufgerechnet. Dies hat zu erheblichen Liquiditätsengpässen auf Seiten der Krankenhäuser geführt, da mit Erklärung der Aufrechnung die Krankenkassen die Möglichkeit haben, ihre Forderungen sofort zu befriedigen, während gleichzeitig die Vergütungsforderung des Krankenhauses erlischt. Durch die Aufrechnung wird außerdem das Prozessrisiko, Vergütungsansprüche im Wege der Klage durchsetzen zu müssen, auf die Krankenhäuser verlagert, da das Krankenhaus die Krankenkasse auf Zahlung der ungeschmälernten Vergütung verklagen muss, wenn es das Bestehen eines Rückforderungsanspruchs bestreitet. Um diese negativen Folgen von Aufrechnungen zu begrenzen, wird die Möglichkeit der Krankenkassen, mit Rückforderungsansprüchen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser aufzurechnen, ausgeschlossen.

Sicherung des Prüfergebnisses

● Verpflichtender Falldialog vor Klageerhebung

§ 17c Abs. 2b KHG

(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist.

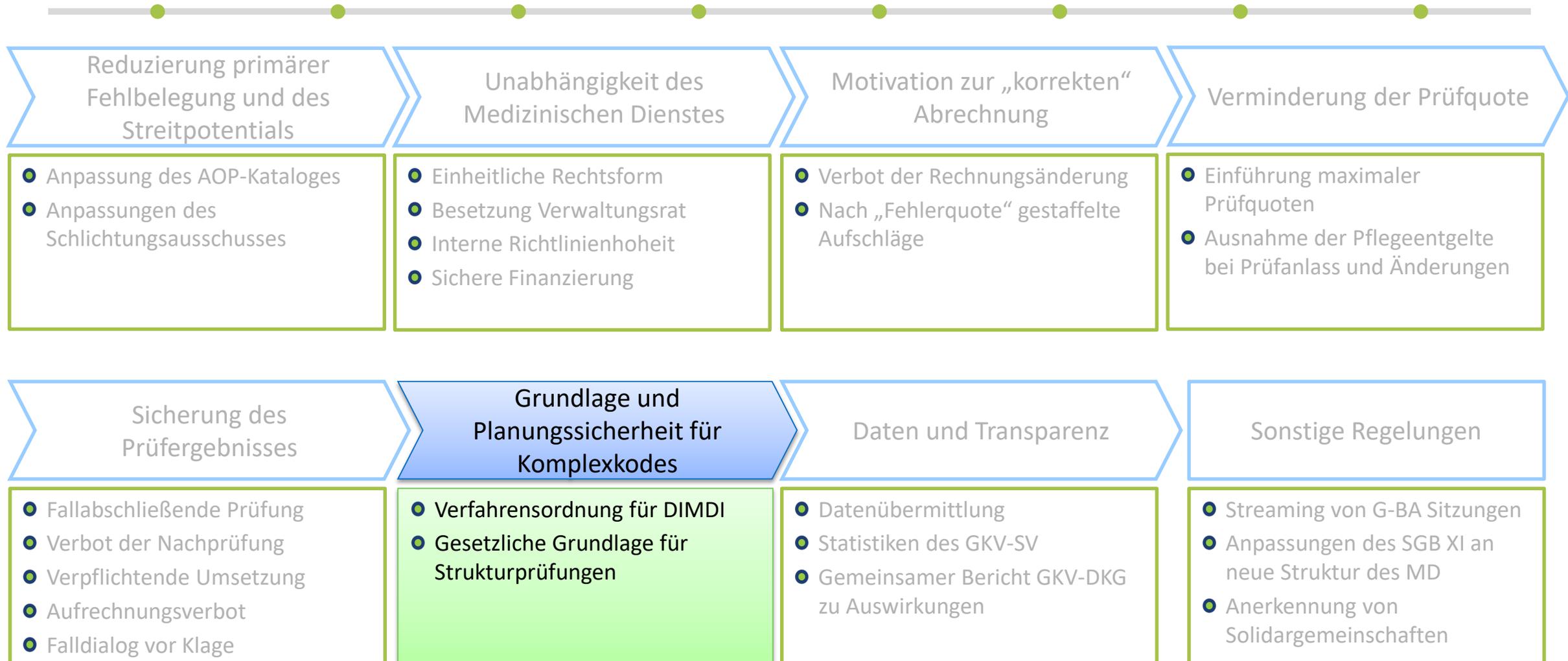
*Abweichend von § 275c Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die Krankenkasse und das Krankenhaus eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines **einzelfallbezogenen** Vergleichsvertrags beseitigen.*

Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Durchführung der Erörterung nach Satz 1 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.

Begründung

In der Prüfverfahrensvereinbarung, in welcher nach § 17c Absatz 2 der GKV-Spitzenverband und die DKG das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V zu regeln haben, ist in § 5 bislang fakultativ ein Falldialog zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vorgesehen. An der Freiwilligkeit des Falldialogs wird festgehalten. Mit dem Ziel, die Sozialgerichte zu entlasten, wird durch Absatz 2b Satz 1 die Erhebung einer Klage auf gerichtliche Überprüfung der erfolgten Abrechnung jedoch künftig an die vorherige Durchführung eines Falldialogs geknüpft und wird somit zur Zulässigkeitsvoraussetzung der Klage. Im Rahmen des Falldialogs haben die Krankenkassen und Krankenhäuser, wie auch bereits bislang, die Möglichkeit, ihre Auffassungsunterschiede über die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung durch Abschluss eines Vergleichsvertrags zu bereinigen. Insoweit besteht hier nach Satz 2 eine Ausnahme von dem Grundsatz nach § 275c Absatz 1 Satz 5 SGB V, dass das Prüfergebnis des MD für die Krankenkassen verbindlich ist. Da der Falldialog bereits vor Beauftragung des MD durch die Krankenkasse erfolgen kann, kann durch eine im Rahmen des Falldialogs erzielte Einigung eine Beauftragung des MD entbehrlich werden. Im Anschluss an die MD-Prüfung kann durch eine Einigung über die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung ein gerichtliches Streitverfahren vermieden werden.

MDK-Reformgesetz – Ziele und Inhalte



Grundlage und Planungssicherheit für Komplexkodes

- Gesetzliche Grundlage und Verfahrensordnung für das DIMDI
 - Grundlage zur Festlegung von Strukturmerkmalen für das DIMDI
 - Etablierung der Klassifikationen als eigenständiger Bestandteil der Abrechnung

§ 301 Abs. 2 SGB V

(2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln.

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.

In dem Schlüssel nach Satz 2 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen.

Von dem in Satz 4 genannten Zeitpunkt an sind der Diagnoseschlüssel nach Satz 1 sowie der Operationen- und Prozedureschlüssel nach Satz 2 verbindlich und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden.

...

Grundlage und Planungssicherheit für Komplexcodes

- Gesetzliche Grundlage und Verfahrensordnung für das DIMDI
 - Verfahrensordnung für die Weiterentwicklung der Klassifikationen

§ 301 Abs. 2 SGB V

(2) ...

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 1 und den Prozedureschlüsseln nach Satz 2 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.

Für das Verfahren der Festlegung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Operationen- und Prozedureschlüssels nach Satz 2 gibt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information eine Verfahrensordnung, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf und die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu veröffentlichen ist.

Grundlage und Planungssicherheit für Komplexkodes

● Gesetzliche Grundlage und Verfahrensordnung für das DIMDI

Begründung

In der Vergangenheit ist teilweise bezweifelt worden, ob das DIMDI auf der Grundlage des § 301 Absatz 2 im OPS abstrakt-generelle Voraussetzungen festlegen kann, die unabhängig vom Einzelfall erfüllt sein müssen, damit eine bestimmte Leistung abgerechnet werden kann. Hierzu gehören insbesondere strukturelle Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals oder an die technische Ausstattung. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten wird daher klargestellt, dass der OPS auch derartige Voraussetzungen für die Abrechnung erbrachter Leistungen enthalten kann.

Es wird klargestellt, dass die ICD und der OPS von Krankenhäusern für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden sind. Mit dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung durch das BMG werden die ICD und der OPS damit als Bestandteil der Krankenhausfinanzierung, des Entgeltrechts, unmittelbar verbindlich. Eines Normenvertrags der Vertragsparteien auf Bundesebene für die ICD und den OPS in Gestalt der jährlich abzuschließenden Fallpauschalenvereinbarung, der von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vorausgesetzt wird, damit der OPS Bestandteil des Entgeltrechts wird, bedarf es damit nicht mehr. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn das DIMDI auf der Grundlage der mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz geschaffenen rückwirkenden Klarstellungs- sowie Änderungsmöglichkeit unterjährig Anpassungen des OPS vornimmt. Diese Änderungen sind unabhängig von einer Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene für die Abrechnung erbrachter Leistungen verbindlich.

Auf Grund der unmittelbaren Geltung der ICD und des OPS für die Abrechnung erbrachter Leistungen ist es von besonderer Bedeutung, dass dieser in einem transparenten Verfahren festgelegt werden. Zu diesem Zweck hat das DIMDI sich für die Festlegung der Schlüssel eine Verfahrensordnung zu geben und auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Zur Stärkung der Legitimation des DIMDI bedarf die Verfahrensordnung der Genehmigung durch das BMG.

Grundlage und Planungssicherheit für Komplexcodes

- Gesetzliche Grundlage für Strukturprüfungen
 - Krankenhäuser müssen den medizinischen dienst oder einen anderen Gutachterdienst mit der Prüfung der Strukturmerkmale für Komplex OPS beauftragen

§ 275d SGB V

(1) Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst oder durch einen anderen Gutachterdienst begutachten zu lassen bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen.

Grundlage der Begutachtung nach Satz 1 ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. [Vom MD Bund zu erlassende Richtlinie]

Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst oder an den anderen Gutachterdienst zu übermitteln.

Grundlage und Planungssicherheit für Komplexkodes

- Gesetzliche Grundlage für Strukturprüfungen
 - Das Ergebnis der Begutachtung ist zu bescheinigen mit Angabe eines Gültigkeitszeitraumes
 - Die Bescheinigung ist bei den Budgetverhandlungen vorzulegen
 - Bei Nichterfüllung der Voraussetzungen darf die Leistung nicht vereinbart, erbracht oder abgerechnet werden
 - Kosten für andere Gutachterstellen als den MD muss das Krankenhaus selbst tragen

§ 275d SGB V

(2) Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst oder von dem anderen Gutachterdienst eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.

(3) Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Absatz 2 den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln.

Für die Vereinbarung für das Jahr 2021 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember 2020 zu übermitteln.

(4) Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2021 nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

(5) Beauftragt ein Krankenhaus für die Begutachtung den Medizinischen Dienst, werden die anfallenden Kosten entsprechend § 280 Absatz 1 durch eine Umlage aufgebracht.

Beauftragt ein Krankenhaus für die Begutachtung einen anderen Gutachterdienst, hat es die Kosten hierfür zu tragen.

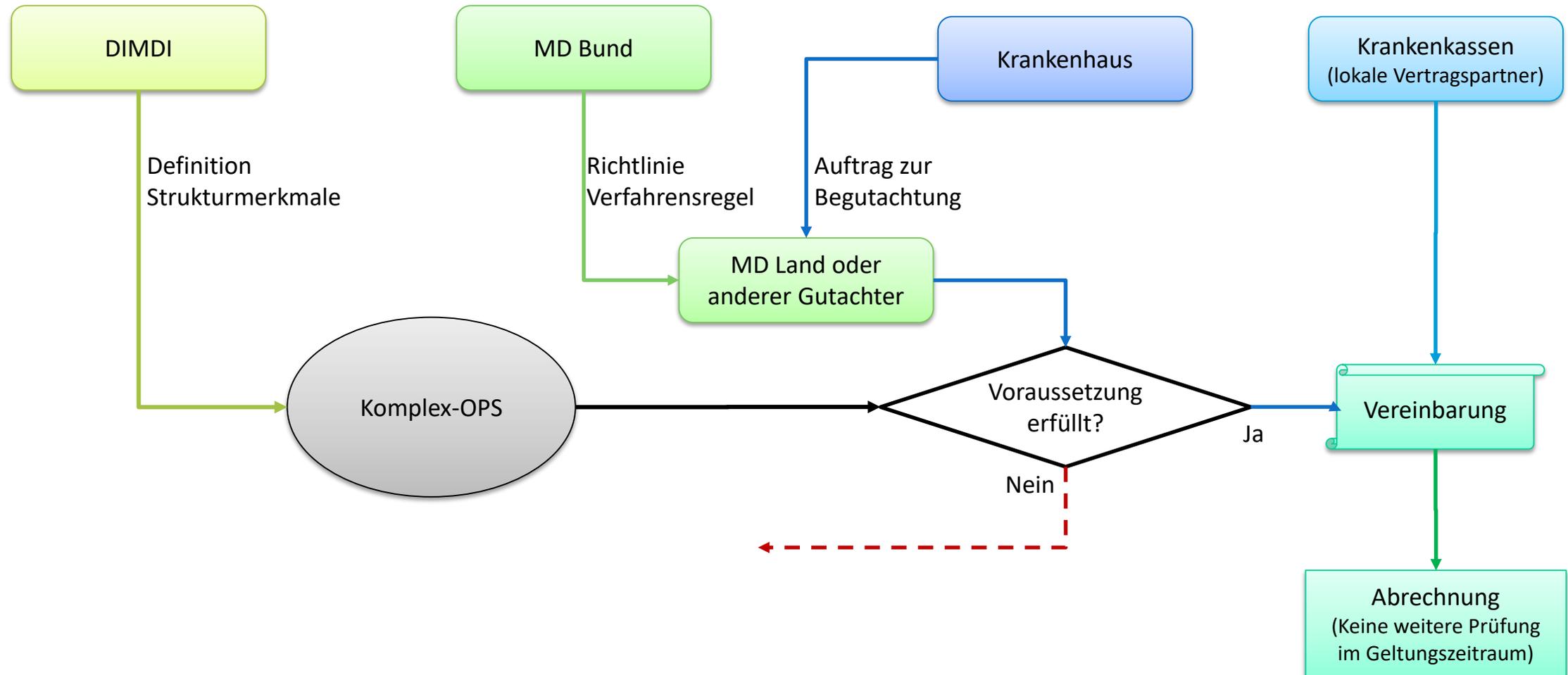
Grundlage und Planungssicherheit für Komplexkodes

● Gesetzliche Grundlage für Strukturprüfungen

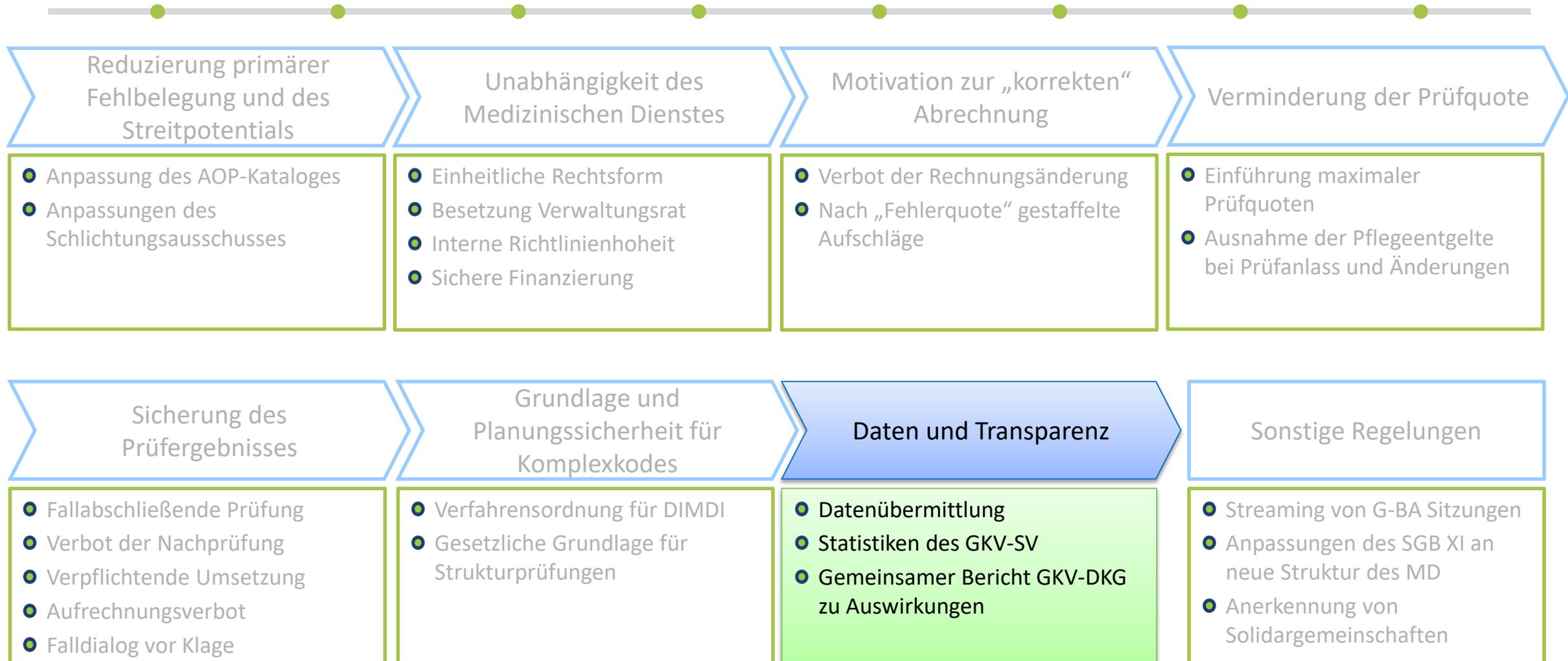
Begründung

Die Vorschrift regelt, dass Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst oder durch einen anderen Gutachterdienst begutachten zu lassen haben, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen. Bisher werden die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes regelmäßig im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK geprüft. Dies führt zu unnötigem Aufwand und auch zu fehlender Planbarkeit für die Krankenhäuser bezüglich der Abrechnungsbefugnis. Um diese Probleme zu vermeiden, wird zukünftig krankenhausesbezogen im Voraus und außerhalb der Einzelfallprüfungen geprüft (vgl. § 275c Absatz 5 Nummer 2), ob das betreffende Krankenhaus die strukturellen Voraussetzungen zur Abrechnung von OPS-Komplexbehandlungskodes erfüllt. Damit wird für die Krankenhäuser wie für die Krankenkassen im Vorhinein Rechtsklarheit geschaffen, ob die Anforderungen für die Vereinbarung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen erfüllt werden.

Grundlage und Planungssicherheit für Komplexcodes



MDK-Reformgesetz – Ziele und Inhalte



Daten und Transparenz

● Vereinbarung zwischen GKV-SV und DKG zur Datenübermittlung im Rahmen des Prüfverfahrens

§ 17c Abs. 2 KHG (Ergänzung)

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275 Absatz 1c Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich.

Dabei haben sie insbesondere Regelungen über

1. den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen,

2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,

3. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,

4. den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,

5. die Prüfungsdauer,

6. den Prüfungsort und

7. die Abwicklung von Rückforderungen

zu treffen;

[...]

Daten und Transparenz

● Statistiken des GKV-SV

§ 17c Abs. 6 KHG

(6) ...

Die Sachverhalte nach Satz 1 sind bundesweit und nach Medizinischen Diensten zu gliedern.

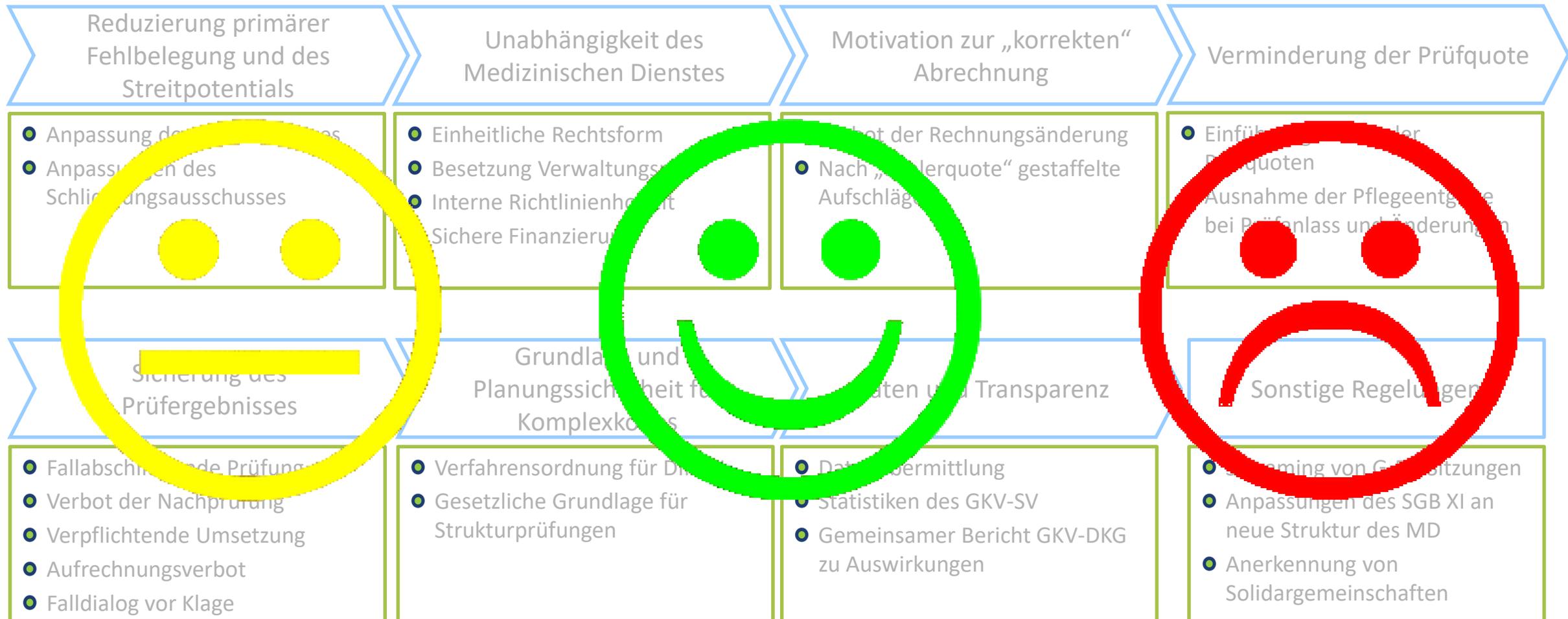
Für Zwecke der Statistik nach Satz 1 sind die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April des Folgejahres die erforderlichen Daten ohne Versichertenbezug an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln.

Für die erste Datenlieferung zum 30. April 2020 für das Jahr 2019 sind die in Satz 1 Nummer 1, 6 und 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln; für die Datenlieferung zum 30. April 2021 für das Jahr 2020 sind die in Satz 1 Nummer 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln.

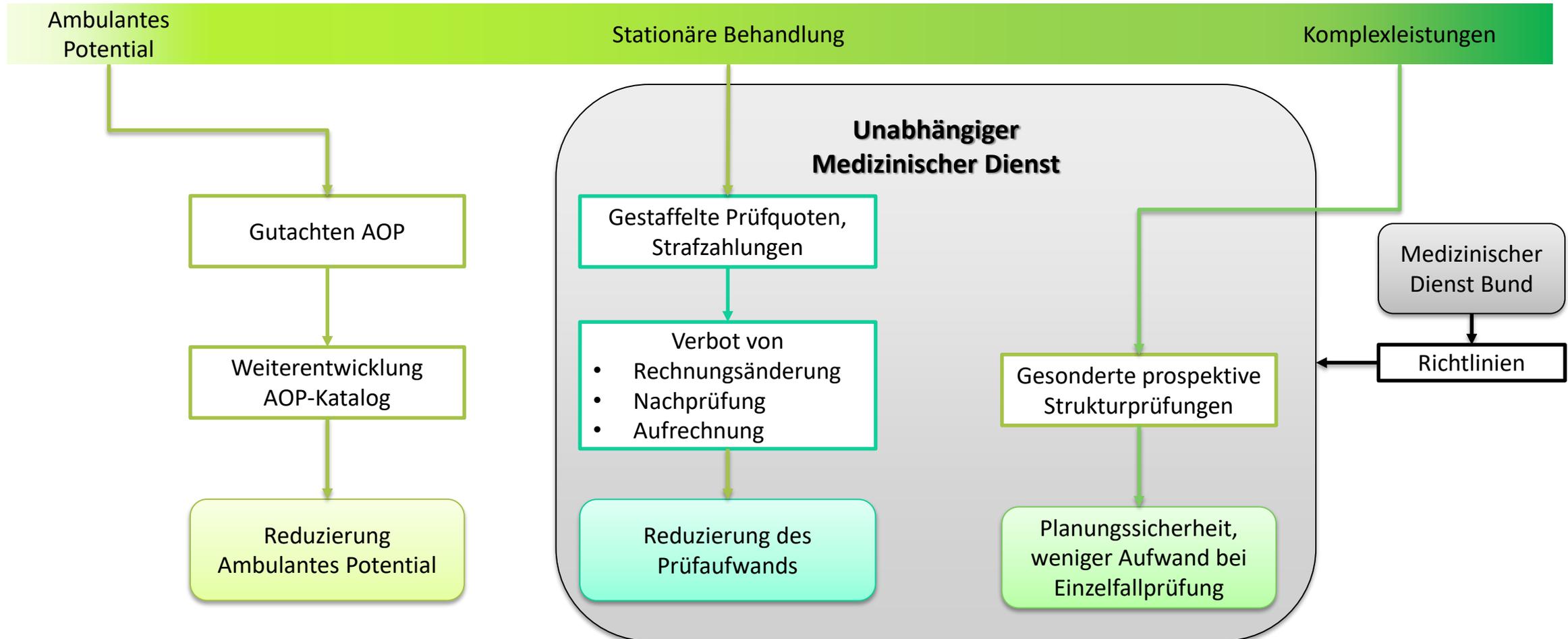
Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie den Konsequenzen, wenn Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest.

Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

MDK-Reformgesetz – Bewertung



Bewertung



Bewertung

-
- Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes
 - + Umsetzung der Koalitionsvereinbarung
 - + Wichtiger Schritt für eine objektivere Beurteilung der Krankenhausabrechnung durch die Medizinischen Dienste
 - Es fehlen Vertreter der Leistungserbringer im Verwaltungsrat.
 - Aufrechnungsverbot
 - + Forderung der Krankenhäuser
 - Achtung: Kassen dürfen nicht wieder nur unstrittigen Betrag bezahlen
 - Änderungsverbot für einmal übersandte Krankenhausabrechnungen
 - Deutliche Einschränkung für die sachgerechte Abrechnung der Krankenhausleistungen.
 - Vor Versand interne Qualitätssicherung notwendig
 - Trotz sorgfältiger interner Vorabprüfung der Krankenhausabrechnungen gibt es Fälle, in denen kodierbare Leistungen oder Diagnosen primär nicht angegeben werden können.
 - ➔ Frist zur Möglichkeit der Rechnungsänderung
 - ➔ Prüfung auch falsch zu niedriger Krankenhausabrechnungen

Bewertung

- Begrenzung der Prüfquote (10% in 2020)

- + Schritt in die richtige Richtung

- Quote noch zu hoch

- Forderung: 5%

- Staffelung der Prüfquoten

- Nachvollziehbar

- Quoten noch zu hoch

- Auch Verweildauerkürzungen wirken auf die Prüfquote und Strafzahlung

- Mehrzahl der Krankenhäuser befinden sich voraussichtlich in der mittleren Staffelung

- Nur Berücksichtigung von Änderungen in eine DRG mit niedrigerer Bewertungsrelation aufgrund der Kodierung

- Staffelung:

- Bis zu 50% DRG-Änderung: Quote 2,5%, keine Aufschläge

- Mehr als 50% bis zu 70% DRG-Änderungen: Quote 5%, Aufschlag 25%

- Mehr als 70% DRG-Änderungen: Quote 7,5%, Aufschlag 50%

- Begrenzung des Aufschlags auf maximal 300 €

Bewertung

-
- Gesetzliche Grundlage für Strukturprüfungen
 - + Planungssicherheit für Komplexleistungen
 - Begriff Strukturmerkmale undefiniert
 - ➔ DIMDI muss im OPS Strukturmerkmale explizit definieren
 - Ausnahme der Pflegeentgelte
 - + Kein Prüfanlass
 - Pflegeentgelt weicht bei DRG und Fallzählung von DRG-Entgelten ab
 - Schlichtungsausschuss
 - + Öffnung und Aktivierung
 - Gefahr der Überbeanspruchung, wenn einzelne Krankenhäuser und Krankenkassen antragsberechtigt sind
 - AOP-Katalog
 - + Überarbeitung und Neubewertung notwendig
 - ➔ Auch Aufnahme von bisher rein ambulanten Leistungen notwendig (Gastroskopie)

Bewertung

Was fehlt?

- Vertreter der Krankenhäuser im Verwaltungsrat der MD
- Die Aufwandspauschale bleibt erhalten und wird durch die Strafzahlungen ergänzt.
Um den Entzug von Finanzmitteln aus der Versorgung entgegenzuwirken, wäre ein Wegfall der Aufwandspauschale bei Verzicht auf Strafzahlungen sinnvoller.
- Rückzahlungen aus Prüfungen müssen wieder der Versorgung zugeführt werden, z. B. über den Landesbasisfallwert
- Die Verfahrenshoheit der Krankenkassen wird beibehalten.
Im Vorfeld waren einige Modelle mit rein datenbasierten Auffälligkeitskriterien für die Auslösung der Prüfung angedacht. Dies wurde leider nicht umgesetzt. An der Auslösung einer Prüfung durch die Sachbearbeiter der Kasse, die durch viele Faktoren oder auch interne Vorgaben gesteuert sein kann und weder objektiv noch zwingend nachvollziehbar sein muss, ändert sich nichts

Bewertung

Was fehlt?

- Qualitätsvorgaben für die MDK-Gutachten wie z. B.
 - Facharztstandard (Begutachtung durch in entsprechenden Fachgebieten qualifizierte Mitarbeiter)
 - formale und inhaltliche Mindeststandards für Gutachten
- Expliziter Hinweis, dass der MDK bei der Einzelfallprüfung die sachgerechte und korrekte Abrechnung zu prüfen hat und dabei
 - die Abrechnung des Krankenhauses nur beanstanden kann, wenn nachweislich und begründet gegen Abrechnungs- und Kodierregelungen verstoßen wurde
 - zu prüfen ist, ob relevante Codes oder Angaben für eine korrekte Abbildung des Falles fehlen, das Krankenhaus also zu wenig abgerechnet hat
 - landesspezifische Behandlungskonzepte sowie regionalen Behandlungsmöglichkeiten zu berücksichtigen hat
 - sofern aus seiner Sicht notwendige Angaben aus den Unterlagen nicht hervorgehen oder offensichtlich wesentliche Unterlagen oder Angaben fehlen diese beim Krankenhaus (ggf. unter Fristsetzung) nachzufordern sind.

Vielen Dank

Geschäftsstelle:

Forsthausstr. 1-3 / Haus 3e | 35578 Wetzlar | 06441 / 897 43 41
 gf@klinikverbund-hessen.de | klinikverbund-hessen.de

