

Fragen und Antworten zur MDK-Reform

Warum werden die Medizinischen Dienste reformiert?

Die Medizinischen Dienste sollen mit dem „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz) gestärkt und unabhängig von den Krankenkassen organisiert werden. Daher sollen alle MDK und der MDS einheitlich in Körperschaften öffentlichen Rechts umgewandelt werden. Auf Landesebene sollen die MDK nicht mehr als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen organisiert sein. Ziel des Gesetzes ist es, die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste zu stärken und die Transparenz über die Beratungs- und Begutachtungsaufgaben zu erhöhen.

Das zweite große Anliegen des Gesetzgebers ist die Reform der Krankenausabrechnungsprüfung. Die Zahl der Prüfungen soll insgesamt deutlich sinken. Bestimmte Anreize wie variable Prüfquoten und Aufschläge auf den Erstattungsbetrag sollen die Kliniken künftig stärker anhalten, korrekt abzurechnen. Außerdem sollen strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch reduziert werden.

Wie soll die Organisation von MDS und MDK geändert werden?

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) werden als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (MD) geführt. Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) wird eine Körperschaft des öffentlichen Rechts umgewandelt und organisatorisch aus der Trägerschaft des GKV-Spitzenverbandes gelöst: Aus dem MDS wird „MD Bund“. Träger des MD Bund werden die MD. Die föderale Struktur der Medizinischen Dienste wird beibehalten.

Ab wann sind die Medizinischen Dienste MD?

Das MDK-Reformgesetz tritt zwar zum 1. Januar 2020 in Kraft. Im Gesetz ist jedoch ein Umsetzungsprozess von etwa zwei Jahren vorgesehen, währenddessen die jetzigen MDK und der MDS in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt werden. Erst dann, wenn die neuen juristischen Personen konstituiert sind, erfolgt die Umbenennung in MD. Dieser Prozess wird schrittweise geschehen. Die ersten MDK könnten Anfang 2021 in MD umbenannt werden. Alle MDK sollen zum 30. Juni 2021 MD sein. Der MDS wird spätestens Ende 2021 in MD Bund umzubenennen sein. Bis zur Umwandlung in MD werden die Medizinischen Dienste ihre Aufgaben als MDK und MDS fortführen.

Was ändert sich bei der Besetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste?

Die Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MD wird neu geregelt. Der Verwaltungsrat eines MD auf Landesebene besteht künftig aus 23 Vertretern. 16 von ihnen kommen aus der sozialen Selbstverwaltung. Sie werden als stimmberechtigte ehrenamtliche Funktionäre durch die Krankenkassen oder ihre Verbände in den Verwaltungsrat gewählt. Sieben weitere Vertreter werden von den obersten Verwaltungsbehörden der

Länder benannt. Fünf dieser Vertreter mit Stimmrecht sollen aus Patienten-, Betroffenen- und Verbraucherschutzorganisationen sein, zwei Vertreter ohne Stimmrecht sollen auf Vorschlag der Landesärztekammern und der Landespflegekammern bzw. der Verbände der Pflegeberufe zu benennen sein. Der Gesetzgeber hat dabei eine paritätische Sitzverteilung zwischen Frauen und Männern vorgegeben.

Hauptamtlich Beschäftigte der Krankenkassen und deren Verbände dürfen nicht Mitglieder eines Verwaltungsrates der Medizinischen Dienste sein. Zudem darf niemand in einem Verwaltungsrat mitwirken, der bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan bei einer Krankenkasse, einem Krankenkassenverband, einem anderen Sozialversicherungsträger oder einem anderen MD innehat. Die Amtszeit ist befristet auf die Dauer von maximal zwei Wahlperioden.

Der Verwaltungsrat des MD Bund wird von Vertretern der Verwaltungsräte der MD auf Landesebene gewählt. Die Besetzung des Verwaltungsrates auf Vorschlag und Wahl durch Vertreter der MD in den Ländern bedeutet eine organisatorische Abtrennung des MD Bund vom GKV-System auf Bundesebene. Gleichwohl bleibt der Beratungsauftrag des MD Bund gegenüber dem GKV-Spitzenverband und damit auch der Gesundheitsselbstverwaltung auf Bundesebene erhalten. Bei der Anzahl der Sitze, ihrer Verteilung sowie der Stimmberechtigung seiner einzelnen Mitglieder gelten für den Verwaltungsrat des MD Bund die gleichen Regelungen wie für die Verwaltungsräte der Länder-MD.

Was ändert sich an den Aufgaben der Medizinischen Dienste?

Die Beratungs- und Begutachtungsaufgaben der Medizinischen Dienste bleiben bestehen. Auch der künftige MD Bund soll wie bisher den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegfachlichen Fragen beraten und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste koordinieren und fördern. Um die Einheitlichkeit bei der Durchführung der Aufgaben zu stärken, erhält der MD Bund Richtlinienkompetenz. Durch das MDK-Reformgesetz werden außerdem die Berichts- und Informationspflichten für die MD ausgeweitet.

Grundsätzlich neu geregelt werden zudem die Aufgaben im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen: Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste prüfen künftig weniger Abrechnungen. Dafür aber müssen sie die Prüfquoten bei der Abrechnungsprüfung überwachen und bei sogenannten Komplexleistungen krankenhausbefugte Strukturprüfungen vornehmen.

Was bedeutet die im Gesetz vorgesehene Richtlinienkompetenz des MD Bund?

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass der künftige MD Bund die Kompetenz zum Erlass von Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste erhalten wird. Die vom MD Bund erlassenen Richtlinien sollen für die MD verbindlich sein und müssen durch das Bundesgesundheitsministerium genehmigt werden.

Bislang hatte der GKV-Spitzenverband diese Richtlinien erlassen – etwa über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MD, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und über die Grundsätze der Fort- und Weiterbildung. Mit dem MDK-Reformgesetz kommen weitere Regelungsinhalte hinzu, etwa über die regelmäßige Begutachtung von Strukturmerkmalen sowie zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der MD.

Warum wird die Krankenhausabrechnungsprüfung reformiert?

Abrechnungsprüfungen bei Kliniken sollen seltener stattfinden, dafür aber effektiver werden. Hintergrund ist deren steigende Zahl: Während Krankenhäuser Abrechnungen erlösorientiert gestalten, versuchen die Krankenkassen wiederum, dies mit immer mehr MDK-Prüfungen zu korrigieren. Zwischen 2014 und 2018 hat sich die Zahl der MDK-Abrechnungsprüfungen von rund 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen erhöht, dabei ergibt sich bei gut 50 Prozent der geprüften Rechnungen ein Korrekturbedarf zugunsten der Krankenkassen. Ein enormer Prüfaufwand, der Personal in den Krankenhäusern, aber auch bei den Medizinischen Diensten bindet.

Was ändert sich bei der Krankenhausabrechnungsprüfung?

Die Anreize für eine regelkonforme Abrechnung sollen gestärkt werden: Künftig bestimmt die Abrechnungsqualität einer Klinik den Umfang der zulässigen Prüfungen von Rechnungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung, die durch die Krankenkassen beim MDK veranlasst werden können. Der Umfang der Abrechnungsprüfungen wird durch eine fixe Prüfquote begrenzt: In der Übergangsphase im Jahr 2020 dürfen maximal 12,5 Prozent aller Krankenhausabrechnungen geprüft werden. Ab 2021 orientiert sich die Prüfquote an den Prüfergebnissen des vorvergangenen Quartals: Es dürfen 5, 10 oder maximal 15 Prozent der Abrechnungen überprüft werden. Ein hoher Anteil an unbeanstandeten Rechnungen führt zu einer niedrigen zulässigen Prüfquote. Umgekehrt führt ein hoher Anteil an beanstandeten Abrechnungen zu einer höheren Prüfquote.

Darüber hinaus hat ein hoher Prozentanteil an beanstandeten Schlussrechnungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung negative finanzielle Konsequenzen für ein Krankenhaus. Denn fehlerhafte Abrechnungen werden finanziell sanktioniert: 2020 sind Aufschläge auf den Erstattungsbetrag auf alle zu hoch in Rechnung gestellten Beträge in Höhe von 10 Prozent der Differenz zwischen korrektem und falschem Rechnungsbetrag vorgesehen, mindestens aber 300 Euro. Für das Jahr 2021 sind Aufschläge von bis zu 50 Prozent des Differenzbetrages möglich, wobei die Höhe auf 10 Prozent des geminderten Betrages begrenzt ist.

Warum führt der Gesetzgeber Strukturprüfungen in den Krankenhäusern ein?

Das MDK-Reformgesetz sieht mit der sogenannten „Prüfung von Strukturmerkmalen“ eine regelmäßige Überprüfung der diversen OPS-Komplexcodes durch den Medizinischen Dienst vor. Bisher prüfen die Medizinischen Dienste im Rahmen von Einzelfallprüfungen, ob ein Krankenhaus die strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung bei komplexen Behandlungen – wie etwa der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder der multimodalen Schmerztherapie – erfüllt. Statt der aufwändigen Prüfung zahlreicher Einzelfälle wird die Prüfung von strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung in einer krankenhausbezogenen Strukturprüfung gebündelt, in der die Einhaltung bestimmter in den OPS-Komplexcodes vorgeschriebener Strukturmerkmale überwacht wird. Damit soll sichergestellt werden, dass Kliniken Komplexbehandlungen nur dann erbringen und abrechnen dürfen, wenn sie die dafür notwendigen Anforderungen erfüllen. Ist das nicht der Fall, dürfen sie den entsprechenden OPS-Komplexcode nicht erbringen und mit der Krankenkasse abrechnen.

Was genau wird bei der Strukturprüfung überprüft?

Krankenhäuser dokumentieren ihre erbrachten Behandlungsleistungen über sogenannte Prozedurenkodes (OPS-Kodes). Um in komplexen Behandlungssituationen die Dokumentation straffen zu können, gibt es sogenannte OPS-Komplekkodes. Darin sind für die einzelnen Leistungsbereiche genaue personelle und technische Voraussetzungen genannt, die bei der komplexen Behandlung einer Patientin oder eines Patienten erfüllt sein müssen. Künftig können Kliniken die Komplexleistungen nur dann erbringen und bei den Krankenkassen abrechnen, wenn der MD im Vorfeld geprüft und bescheinigt hat, dass sie grundsätzlich in der Lage sind, bestimmte Komplexbehandlungen adäquat durchzuführen. D.h. die Kliniken müssen belegen, dass sie die geeignete Technik und das erforderliche Personal vorhalten.

Beispiel: Die neurologische Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls

Wenn ein Krankenhaus diese Behandlung künftig bei den Krankenkassen abrechnen möchte, benötigt es dafür eine Bescheinigung des MDK und beauftragt diesen im Vorfeld mit einer Strukturprüfung. Der MDK prüft dann, ob die Klinik die im OPS-Katalog vorgeschriebenen strukturellen Voraussetzungen erfüllt – etwa, dass die Klinik in ihrem Personaltabelleau die 24-stündige Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie sicherstellt, eine bestimmte technische Ausstattung in der Radiologie vorhanden und rund um die Uhr ein Radiologe anwesend ist.

Was bedeutet die Einführung von Strukturprüfungen für die Medizinischen Dienste?

Die Gutachterinnen und Gutachter werden künftig regelmäßig prüfen, ob ein Krankenhaus die erforderlichen Strukturvoraussetzungen einer Komplexbehandlung erfüllt. Ab 2021 dürfen Kliniken Leistungen, die über OPS-Komplekkodes dokumentiert werden, nur dann abrechnen, wenn der Medizinische Dienst zuvor eine Strukturprüfung durchgeführt und bescheinigt hat, dass das Krankenhaus die vorgeschriebenen Strukturmerkmale einhält. In der Bescheinigung, die der MDK ausstellt und die das Krankenhaus im Rahmen der Budgetvereinbarung den Krankenkassen zu übermitteln hat, wird festgehalten, für welchen Zeitraum die Bescheinigung gilt. Nach Ablauf dieses Zeitraums muss eine neue Strukturprüfung erfolgen.

Die genauen Regelungen zu den Strukturprüfungen hat der MDS bis zum 30. April 2020 in einer Richtlinie festzulegen, die das Bundesgesundheitsministerium anschließend zu genehmigen hat.

Was ändert sich für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei den Medizinischen Diensten?

Die Beratungs- und Begutachtungsaufgaben der MD steigen insgesamt, die fachlich-inhaltlichen Aufgaben für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleiben. Durch die Reform wird die fachliche Unabhängigkeit der gutachterlichen Tätigkeit gestärkt und auf alle gutachterlich tätigen Berufsgruppen, beispielsweise auch auf Pflege- und Kodierkräfte, ausgeweitet. Damit werden etwa die Pflegefachkräfte in ihrer Aufgabenwahrnehmung gestärkt.

Auch aus dem Wechsel der Rechtsform vom eingetragenen Verein zur Körperschaft des öffentlichen Rechts ergeben sich keine Änderungen für die Mitarbeiter: Die Körperschaften treten in die Rechtsfolge der Vereine ein, Rechte und Pflichten gehen auf die Körperschaft über. Die existierenden Tarifverträge und die innerbetrieblichen Vereinbarungen gelten fort.

Die Aufgaben im Bereich des Krankenhausabrechnungswesens werden deutlich komplexer: Neben der Überprüfung der Krankenhausrechnungen haben die Medizinischen Dienste die Einhaltung der zulässigen Prüfquoten zu überwachen und zum anderen regelmäßig Strukturprüfungen vornehmen.

Stand: Januar 2020