

Fragen und Antworten zur MDK-Reform

Was beinhaltet das MDK-Reformgesetz?

Mit dem „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz), das zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, wird der Medizinische Dienst gestärkt und unabhängig von den Krankenkassen organisiert. Die Medizinischen Dienste auf Landesebene wurden zum 1. Juli 2021 einheitlich in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt. Der Medizinische Dienst Bund wurde zum Jahresende 2021 errichtet; er tritt die Rechtsnachfolge des MDS an. Ziel des Gesetzes war es, die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes zu stärken und die Transparenz über die Beratungs- und Begutachtungsaufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen. Darüber hinaus wurde die Krankenhausabrechnungsprüfung reformiert und die OPS-Strukturprüfung im Krankenhausbereich eingeführt.

Wie sieht die Neuorganisation aus?

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) wurden als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ bis Juli 2021 errichtet. Der Medizinische Dienst Bund wurde Ende 2021 errichtet. Träger des Medizinischen Dienstes Bund sind die Medizinischen Dienste in den Ländern.

Wie sind die Verwaltungsräte besetzt?

Jeder Verwaltungsrat besteht aus 23 Vertreterinnen und Vertreter: 16 von ihnen kommen aus der sozialen Selbstverwaltung, fünf Mitglieder kommen aus Patienten-, Betroffenen- und Verbraucherorganisationen. Je ein Mitglied mit beratender Stimme ist aus der Ärzteschaft und den Pflegeberufen. Der Gesetzgeber hat für die Verwaltungsräte zudem eine paritätische Sitzverteilung von Frauen und Männern vorgegeben.

Was ändert sich an den Aufgaben der Medizinischen Dienste?

Durch die Reform wird die fachliche Unabhängigkeit der gutachterlichen Tätigkeit gestärkt und auf alle gutachterlich tätigen Berufsgruppen ausgeweitet. Der Medizinische Dienst Bund koordiniert die fachliche Arbeit der Medizinischen Dienste in den Ländern mit dem Ziel einer bundesweit einheitlichen Begutachtung und er fördert deren Zusammenarbeit. Zudem erhält er Richtlinienkompetenz hinsichtlich der Tätigkeiten der Medizinischen Dienste. Durch das MDK-Reformgesetz werden außerdem die Berichts- und Informationspflichten der Medizinischen Dienste ausgeweitet. Als neue Aufgabe im Krankenhausbereich kommt die OPS-Strukturprüfung hinzu.

Was sind OPS-Strukturprüfungen?

Für die leistungsorientierte Vergütung im DRG-System verschlüsseln Krankenhäuser ihre Leistungen mit sogenannten OPS-Kodes (Operationen- und Prozeduren-Schlüssel). Diese Codes sind eine offizielle Klassifikation und werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegeben. Für komplexe und damit teure Behandlungen sind manche OPS-Kodes mit zum Teil umfangreichen Katalogen zu Struktur- und Prozessmerkmalen versehen. Damit sind technische und personelle Voraussetzungen gemeint, die in den OPS-Kodes hinterlegt sind. Typische zu prüfende Strukturmerkmale sind Vorgaben zur Verfügbarkeit sowie zur Qualifikation des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals sowie zur Verfügbarkeit von diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Verfahren. Diese Merkmale haben die Medizinischen Dienste bislang bei der Abrechnungsprüfung bezogen auf den Einzelfall überprüft.

Um die kontinuierlich steigende Zahl an Einzelfallabrechnungsprüfungen zu reduzieren, wurde die prospektive Überprüfung von Strukturmerkmalen in abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozeduren-Schlüsseln eingeführt: Krankenhäuser haben nun die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie Leistungen bei den Krankenkassen im Folgejahr abrechnen können. Dies betrifft 53 abrechnungsrelevante OPS-Kodes.

Die Prüfung der Strukturmerkmale basiert auf der Überprüfung von Selbstauskünften der Krankenhäuser mit geeigneten Nachweisen und Unterlagen und/oder der Prüfung der Strukturmerkmale vor Ort. Die Krankenhäuser beantragen die Prüfung beim Medizinischen Dienst und erhalten nach Abschluss der Prüfung eine Bescheinigung. Diese ist Voraussetzung für die Vereinbarung und Abrechnung der Leistungen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung.

Fachlich-inhaltlicher Stand: Juli 2021. Zum 1. Januar 2022 redaktionell angepasst an die Umfirmierung des MDS in den Medizinischen Dienst Bund.