

## Fragen und Antworten zur MDK-Reform

### *Warum wird der Medizinische Dienst reformiert?*

Der Medizinische Dienst wird mit dem „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz), das zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, gestärkt und unabhängig von den Krankenkassen organisiert. Alle MDK und der MDS werden im Jahr 2021 einheitlich in Körperschaften öffentlichen Rechts umgewandelt. Die MDK werden auf Landesebene nicht mehr als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen organisiert. Ziel des Gesetzes ist es, die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes zu stärken und die Transparenz über die Beratungs- und Begutachtungsaufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung 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 ab Juni 2021 einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ geführt. Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wird bis Ende 2021 in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts umgewandelt und organisatorisch aus der Trägerschaft des GKV-Spitzenverbandes gelöst: Aus dem MDS wird „Medizinischer Dienst Bund“. Träger des Medizinischen Dienst Bund werden die Medizinischen Dienste auf Landesebene. Die föderale Organisation der Medizinischen Dienste wird beibehalten.

### *Wann wird der Medizinische Dienst umbenannt?*

Das MDK-Reformgesetz ist zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten. Im Gesetz ist 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 und deren Satzung von der jeweiligen Aufsicht genehmigt wurden, erfolgt die Umbenennung in „Medizinischer Dienst“. Dieser Prozess wird schrittweise geschehen. Die ersten MDK werden Anfang 2021 in „Medizinischer Dienst“ umbenannt. Alle MDK sollen bis zum 30. Juni 2021 umbenannt sein. Der MDS wird Ende 2021 als „Medizinischer Dienst Bund“ firmieren. Bis zur Umwandlung 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 Medizinischen Dienste auf Bundes- und Landesebene wird neu geregelt. Der Verwaltungsrat eines jeden Medizinischen Dienstes auf Landesebene besteht künftig aus 23 Vertreterinnen und Vertretern. 16 von ihnen kommen aus der sozialen Selbstverwaltung – je zur Hälfte von der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerseite. Sie werden als stimmberechtigte Ehrenamtliche durch die Krankenkassen und deren Verbände in den Verwaltungsrat gewählt. Sieben weitere Mitglieder werden von den obersten Verwaltungsbehörden der Länder benannt. Fünf dieser Mitglieder mit Stimmrecht kommen aus Patienten-, Betroffenen- und Verbraucherschutzorganisationen, zwei Mitglieder ohne Stimmrecht sind auf Vorschlag der jeweiligen Landesärztekammer und der Landespflegekammer bzw. der Verbände der Pflegeberufe zu benennen. Der Gesetzgeber hat für den Verwaltungsrat eine paritätische Sitzverteilung von Frauen und Männern vorgegeben.

Hauptamtlich Beschäftigte der Krankenkassen und ihrer Verbände dürfen nicht mehr Mitglied in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste sein. Ausgeschlossen ist auch, dass ein Mitglied eines Verwaltungsrates mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan bei einer Krankenkasse, einem Krankenkassenverband, einem anderen Sozialversicherungsträger oder einem anderen Medizinischen Dienst innehat. Die Amtszeit ist auf maximal zwei Wahlperioden befristet.

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

## ***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, beispielsweise auch auf Pflege- und Kodierkräfte, ausgeweitet. Der künftige Medizinische Dienst Bund soll wie bisher den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegefachlichen Fragen beraten und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste koordinieren und fördern. Um die Einheitlichkeit bei der Durchführung der Aufgaben zu stärken, erhält der Medizinische Dienst Bund die Aufgabe, Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste zu erlassen. An der Erstellung der Richtlinien sind die Medizinischen Dienste fachlich zu beteiligen. Dabei ist auch das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht zu berücksichtigen. Durch das MDK-Reformgesetz werden außerdem die Berichts- und Informationspflichten der Medizinischen Dienste ausgeweitet.

Zudem werden die Krankenhausabrechnungsprüfungen reformiert: Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste sollen insgesamt weniger Einzelabrechnungen prüfen. Dafür sollen sie die Prüfquoten bei der Abrechnungsprüfung überwachen und bei sogenannten Komplexleistungen krankenhausbegleitende Strukturprüfungen vornehmen.

### ***Was bedeutet der Erlass von Richtlinien?***

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass der Medizinische Dienst Bund Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste erlassen kann. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und sie müssen vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt werden. Bislang hat der GKV-Spitzenverband diese Richtlinien erlassen. Dazu gehören zum Beispiel Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung. Mit dem MDK-Reformgesetz kommen neue Regelungsinhalte hinzu, etwa über die regelmäßige Begutachtung von Strukturmerkmalen in den Krankenhäusern sowie zur systematischen Qualitätssicherung und anderes mehr.

### ***Warum wird die Krankenhausabrechnungsprüfung reformiert?***

Seit Jahren steigt die Zahl der Abrechnungsprüfungen, die von den Krankenkassen bei den Medizinischen Diensten beauftragt werden. Zwischen 2014 und 2018 hat sich ihre Zahl von rund 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen erhöht. Dabei ergab sich bei jeder zweiten geprüften Rechnung ein Korrekturbedarf zugunsten der Krankenkassen. Das ist ein enormer Prüfaufwand, der Personal in den Krankenhäusern aber auch bei den Medizinischen Diensten bindet. Gleichzeitig gab es deutliche Unterschiede bei den Prüfquoten der einzelnen Krankenhäuser. Um dies zu ändern, hat der Gesetzgeber die Abrechnungsprüfungen neu geregelt. Zum einen sollen die Abrechnungsprüfungen seltener stattfinden, zum anderen sollen sie effektiver werden. Dies ermöglicht v.a. eine flexible Prüfquote: Krankenhäuser, bei denen weniger Abrechnungen zu beanstanden sind, werden weniger oft geprüft als solche mit mehr Beanstandungen.

### ***Was ändert sich bei der Krankenhausabrechnungsprüfung?***

Künftig ist die Anzahl der Prüfungen, die die Krankenkassen beim Medizinischen Dienst beauftragen können, begrenzt. Die Krankenkassen können maximal 15 Prozent der Rechnungen prüfen lassen. (Im Jahr 2021 ist die Prüfquote auf 12,5 Prozent beschränkt.) Neu ist die variable Prüfquote: Je weniger Beanstandungen die Medizinischen Dienste bei den Abrechnungsprüfungen finden, desto geringer wird die gesamte Prüfquote für das Krankenhaus. Die Prüfquote kann sich so auf 10 Prozent oder sogar auf nur 5 Prozent aller Fälle reduzieren. Hat ein Krankenhaus eine hohe Quote an beanstandeten Rechnungen, dann hat das Krankenhaus nicht nur die zu viel bezahlte Summe, sondern auch einen „Aufschlag“ von bis zu 50 Prozent dieser Summe an die Krankenkasse zu bezahlen. Das heißt, es besteht ein Anreiz, möglichst korrekt abzurechnen. Dadurch minimieren die Krankenhäuser einerseits Aufwand für die Prüfungen und andererseits wirtschaftliche Verluste durch die Aufschläge.

## **Warum führt der Gesetzgeber Strukturprüfungen in den Krankenhäusern ein?**

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 hinterlegt. Damit sind technische und personelle Voraussetzungen gemeint, die in den OPS-Kodes hinterlegt sind. Diese Merkmale haben die Medizinischen Dienste bislang bei der Abrechnungsprüfung bezogen auf den Einzelfall überprüft. Dies war ein redundantes und für alle Beteiligten aufwendiges Verfahren. Durch die Einführung der Strukturprüfung von OPS-Kodes im Rahmen des neuen § 275d SGB V lassen die Kliniken das Vorliegen der Strukturvoraussetzungen für diese OPS-Kodes von den Medizinischen Diensten im Vorfeld prüfen und erhalten bei bestandener Prüfung eine Bescheinigung. Diese Bescheinigung hat eine Gültigkeitsdauer von ein bis zwei Jahren. Die Bescheinigung ist Voraussetzung dafür, dass die Krankenhäuser diese Leistung mit den Krankenkassen vereinbaren und abrechnen dürfen. Die Einzelfallprüfungen zu den Strukturmerkmalen erfolgen dann nicht mehr.

## **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 von Patientinnen und Patienten erfüllt sein müssen. Künftig kann ein Krankenhaus Komplexleistungen nur dann abrechnen, wenn der Medizinische Dienst im Vorfeld geprüft und bescheinigt hat, dass die Voraussetzungen für bestimmte Komplexbehandlungen erfüllt sind. Das heißt die Kliniken müssen belegen, dass sie die geeignete Technik und das erforderliche Personal vorhalten. Der Ablauf der Prüfung ist in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr.3 SGB V über „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ festgelegt. Diese Richtlinie hat der MDS Ende Februar 2021 erlassen. Sie tritt nach Genehmigung durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Kraft. Die konkret zu prüfenden OPS-Kodes sowie die einzelnen Strukturmerkmale finden sich in den Anlagen der Richtlinie, die nach der Genehmigung durch das BMG auf der Homepage des MDS veröffentlicht werden.