

21. Frühjahrstagung der AG Medizinrecht
Düsseldorf, am 26.03.2021

MDK-Reformgesetz

Rechtsanwalt Thorsten Ganse
Referatsleiter Recht und Personal



Ausgangslage 2019

Abrechnungsprüfungen extrem gestiegen

medinfoweb-Ø-2018: Falldialoge: 4,6% + MDK-Prüfung: 14,2% => **18,8%**

Kritik und Forderungen der Beteiligten

- DKG enorme Zunahme an Rechnungsprüfungen und Aufwand
=> Maßnahmen gegen Kassen (u.a. Reduktion der Prüfungen)
- Kassen Zunahme an Abrechnungsfehler / (un)mittelbare Betrugsvorwürfe
=> Maßnahmen gegen Krankenhäuser (Sanktionierung der KH)
- MDK zu viele Prüfungen und Beanstandungen / Personalmangel
=> Maßnahmen gegen Krankenhäuser (Reduktion der Prüfungen)
- Aufsicht zu viele Abrechnungsfehler / undurchsichtige Vergleiche
=> Maßnahmen gegen Abrechnungsfehler (mehr Prüfungen + Transparenz)
- Gerichte Überlastungsanzeigen, u.a. nach PpSG-Klagewelle
=> Reduktion der Streitigkeiten (u.a. durch Vorverfahren / Schlichtung)

Gesetzgebungsverfahren im Überblick



- Referentenentwurf des BMG (05.2019) [90 Seiten]
- **Gesetzesentwurf der Bundesregierung (12.07.2019) [Drcks. 19/13397; 118 Seiten]**
- Bundesratsausschussempfehlung vom 06.09.2019 [Drcks. 359/1/19; 31 Seiten]
- Bundesratsempfehlung vom 20.09.2019 [Drcks. 359/19; 16 Seiten]
- Gegenäußerung der Bundesregierung vom 25.09.2019 [Drcks. 19/13547; 4 Seiten]
- Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages 14.10.2019
- 1. Lesung im Bundestag (26./27.10.2019)
- **Änderungsanträge vom 05.11.2019 [Ausschussdrucks. 19(14)104.1neu; 116 Seiten]**
- **Empfehlung des Gesundheitsausschusses vom 06.11.2019 [Drcks. 19/14871; 136 Seiten]**
- 2./3. Lesung des Bundestags am 07.11.2019 (22:00 Uhr)
- Inkrafttreten: 01.01.2020 [20.12.2019 im Bundesgesetzblatt Teil I Nummer 51, Seite 2789ff]

Neuerungen im Überblick



(A) Abrechnungsregelungen

- (1) Rechnungskorrekturverbot
- (2) Aufrechnungsverbot
- (3) Erörterungsverfahren mit Präklusionswirkung
- (4) Bundesschlichtungsausschuss
- (5) Vergütung primärer Fehlbelegung

<= Sachstand PrüfV

(B) MDK-Prüfverfahren

- (1) Prüfeinleitung / Nachprüfung
- (2) Prüfquoten
- (3) Sanktionierung bei Beanstandungen (Aufschläge)
- (4) Strukturprüfung / Richtlinienkompetenz des MD Bund

(A) Abrechnungsregelungen



- (1) Rechnungskorrekturverbot
- (2) Aufrechnungsverbot
- (3) Erörterungsverfahren mit Präklusionswirkung
- (4) Bundesschlichtungsausschuss
- (5) Vergütung primärer Fehlbelegung

(A) Abrechnungsregelungen



- (1) Rechnungskorrekturverbot
- (2) Aufrechnungsverbot
- (3) Erörterungsverfahren mit Präklusionswirkung
- (4) Bundesschlichtungsausschuss
- (5) Vergütung primärer Fehlbelegung

(1) Rechnungskorrekturverbot



▪ Grundsatz:

- Rechnungskorrekturen sind ausgeschlossen

▪ Ausnahmen

- Korrektur zur Umsetzung eines MDK-Prüfergebnisses oder rechtskräftigen Urteils (S.1)
- abweichenden Regelungen in der PrüfV (Satz 3)

§ 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

(2a) 1Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. 2Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. 3In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

Zulässige Rechnungskorrekturen (PrüfV 2017)



- im Vorverfahren innerhalb von 6 Wochen nach Einleitung [§ 5 Abs.1]
- im Falldialog [§ 5 Abs. 5 S. 2]
- nach dem Falldialog innerhalb von vier Wochen ab Einigung [§ 5 Abs. 6 S. 2]
- einmalig innerhalb von **acht** Monaten nach Einleitung des MDK-Verfahrens bzw. bis zum Ende der Begutachtung [§ 7 Abs. 5 S. 2 und 3]
- einmalig bis zum Ende der Vor-Ort-Prüfung [§ 7 Abs. 5 S. 4]
- einmalig innerhalb von **acht** Monaten nach bei Erweiterung des Prüfgegenstandes bzw. bis zum Ende der Begutachtung [§ 7 Abs. 5 S. 5]
- innerhalb von **acht** Wochen ab Mitteilung der leistungsrechtlichen Entscheidung [§ 10 S. 3]
- außerhalb des Prüfverfahrens nach BSG-Rechtsprechung (*bis Ende nächsten Kalenderjahres*)

❖ mit der „Übergangsvereinbarung zur PrüfV“ vom 10.12.2019 (gilt bis Neuvereinbarung der PrüfV) wurden die Regelungen nahtlos übernommen und ergänzt um BSG-Rechtsprechung

- ❖ mit der „Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung zur PrüfV“ vom 02.04.2020 wurden corona-bedingt die gelb markierten Fristen (für Abrechnungsprüfungen ab dem 31.03.2020) verlängert.
- ❖ Ergänzungen fortgeschrieben bis **30.06.2021** (Vereinbarung vom 17.11.2020, zuletzt vom **03.2021**)

Fehlende Rechnungskorrekturoptionen in PrüfvV



In der PrüfvV fehlen noch nachfolgende Korrekturmöglichkeiten:

- einvernehmliche Korrekturen
 - Einigung im Erörterungsverfahren (*muss grundsätzlich bei allen zwischen den Parteien einvernehmlich abgestimmten Änderungen gelten*)
- „systemisch bedingte“ Korrekturen
 - Fallzusammenführungen
 - nachstationäre Behandlungen
 - nachträgliche Änderungen der Zuzahlungsverpflichtung
 - nachträgliche Veränderung/spätere Kenntnis des Pflegegrades
 - rückwirkende Abrechnungsvorgaben (z.B. *Landesbasisfallwert NRW 2020*)
 - Differenzen bei QS-Dokumentation
 - ...

(A) Abrechnungsregelungen



- (1) Rechnungskorrekturverbot
- (2) Aufrechnungsverbot
- (3) Erörterungsverfahren mit Präklusionswirkung
- (4) Bundesschlichtungsausschuss
- (5) Auffangregelung bei primärer Fehlbelegung

(2) Aufrechnungsverbot



Grundsatz (§ 109 Abs. 6 SGB V)

- o Krankenkassen können grundsätzlich nicht mehr aufrechnen (S.1)
- o gilt für Vergütungen, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind

Ausnahmen:

- o Kassenforderung wird von Krankenhaus nicht bestritten (S.2)
- o Kassenforderung wurde rechtskräftig festgestellt (S.2)
- o abweichende Regelungen in PrüfvV (S.3.)

§ 109 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V)

- (6) ¹Gegen Forderungen von Krankenhäusern, die aufgrund der Versorgung von ab dem 1. Januar 2020 aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. ²Die Aufrechnung ist abweichend von Satz 1 möglich, wenn die Forderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird oder rechtskräftig festgestellt wurde. ³In der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können abweichende Regelungen vorgesehen werden.

Zulässige Aufrechnung nach PrüfvV 2017



Im Anwendungsbereich der PrüfvV sind Aufrechnungen explizit erlaubt:

- nach dem Vorverfahren: bei einvernehmlich festgestellten Erstattungsanspruch
- nach MDK-Begutachtung: nach begründeter leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse

§ 10 Satz 1 PrüfvV

„Die Krankenkasse kann einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich bestehend festgestellten oder nach § 8 mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen.“

Außerhalb des Anwendungsbereiches der PrüfvV sind Aufrechnungen möglich, soweit kein landesvertragliches Aufrechnungsverbot besteht

- da diese außerhalb der PrüfvV nicht explizit erlaubt ist, gilt das landesrechtliche Aufrechnungsverbot als ergänzende Regelung im Sinne des § 12 Satz 2 PrüfvV (in Hamburg und NRW im LV geregelt)

- mit der „Übergangsvereinbarung zur PrüfvV“ vom 10.12.2019 alles so übernommen

- o mit der Ergänzung, dass außerhalb des Prüfverfahrens eine Aufrechnung nach Maßgabe geltender Rechtsprechung möglich ist
- o Geltung des landesvertraglichen Aufrechnungsverbots beim BSG anhängig (B 1 KR 36/20 R)

(A) Abrechnungsregelungen



- (1) Rechnungskorrekturverbot
- (2) Aufrechnungsverbot
- (3) Erörterungsverfahren mit Präklusionswirkung**
- (4) Bundesschlichtungsausschuss
- (5) Vergütung primärer Fehlbelegung

(3) Erörterungsverfahren



§ 17c KHG Abs. 2 KHG

- o Erörterungspflicht zwischen den Parteien
 - gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen erörtert worden ist (Satz 1)
- o mit Präklusionswirkung
 - Einwendungen und Tatsachenvortrag können im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie nicht innerhalb der (PrüfV-) Frist – deren Lauf frühestens mit dem Inkrafttreten der Verfahrensregelung beginnt – geltend gemacht worden sind (Satz 3)
- o mit Datenweitergabe
 - Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im erforderlichen Umfang zu verarbeiten (Satz 4)
- o **Erörterungspflicht erst nach Inkrafttreten der Verfahrensregelung in der PrüfV**
 - wurde im Artikel 10a Nr.2 des Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG) nachträglich geändert (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 23, ausgegeben am 22.05.2020)

Sachstand PrüfvV“ (offene/streitige Punkte)



- o elektronisches MDK-Prüfverfahren (§ 17 Abs. 2 Nr. 2 KHG)
 - in Verhandlung
- o Erörterungsverfahren (§ 17 Abs. 2 Nr. 8 KHG)
 - *streitig*, wie komplex das Verfahren geregelt werden soll: Anzahl der Fristen (mit/ohne Ausschluss bei Zwischenfristen)
- o Aufrechnungs-/Rechnungskorrekturregelungen (§ 109 Abs. 6 S.3 SGB V / § 17c Abs. 2b S. 3 KHG)
 - *streitig*, wie viel in beiden Bereichen erlaubt werden soll

- o Zahlungsbegründende Unterlagen (§ 17 Abs. 2 Nr. 1 KHG)
 - *streitig*, ob die Rechnungszurückweisungen mittels „Fehlerstufe 4-Meldung“ (u.a. MBeg-Anforderungen) gemäß § 301er-Vereinbarung entfällt
- o Falldialog (§ 17 Abs. 2 Nr. 3 KHG)
 - *streitig*, ob und wie der freiwillige Falldialog im Kontext des Erörterungsverfahrens geregelt werden kann/muss
- o Ausschlussfristen vor Erörterungsverfahren (u.a. beim Unterlagenversand durch KH)
 - *streitig*, ob nach der Neuordnung zur Präklusion weiterhin geregelt werden darf (auch beim BSG anhängig)
- o MDK-Gutachtenversand an Krankenhäuser (§ 277 SGB V)
 - *streitig*, ob Krankenhäuser auch für sie positive Gutachten erhalten sollen

Sachstand „PrüfvV“ (Vereinbarungsstand)



- nach über einem Jahr intensiven Verhandlungen (in unzähligen Videokonferenzen) keine einvernehmliche Überarbeitung in Reichweite
 - o Scheitern der Verhandlungen wurde im Spitzengespräch am 12.03.2021 offiziell erklärt
 - Planung (Zeithorizont):
 - o Schiedsstellenanträge im April/Mai 2021 (Grund: Schiedsstellensitzung in Präsenz)
 - o Entscheidung frühestens im Juni/Juli 2021
 - o Anpassung der 301er-Vereinbarung im Herbst 2021
 - o Inkrafttreten zum 01.01.2022
 - Übersicht zum aktuellen Vereinbarungsstand:
 - o PrüfvV-Vereinbarung vom 03.02.2016 (Grundvereinbarung)
 - o Übergangvereinbarung vom 10.12.2019 (erste Anpassung an das MDK-Reformgesetz)
 - o Ergänzungsvereinbarung vom 02.04.2020 (bis 31.12.2020 corona-bedingte Fristverlängerungen)
 - Fortschreibung vom 17.11.2020 (Fortschreibung der Fristverlängerung bis 31.03.2021)
 - Fortschreibung vom 03.03.2021 (Fortschreibung der Fristverlängerung bis 30.06.2021)
- abrufbar unter: <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/mdk-pruefungen/>

(A) Abrechnungsregelungen



- (1) Rechnungskorrekturverbot
- (2) Aufrechnungsverbot
- (3) Erörterungsverfahren mit Präklusionswirkung
- (4) Bundesschlichtungsausschuss**
- (5) Vergütung primärer Fehlbelegung

(4) Bundesschlichtungsausschuss (nun § 19 KHG)



- zur Klärung grundsätzlicher Abrechnungs- und Kodierstreitigkeiten in § 17c Abs. 3 KHG seit 2014 gesetzlich verankert
 - seit 2016 arbeitsfähig (*hat aber nur zwei Entscheidungen getroffen*)
-
- neue Anrufungsberechtigte (Abs. 3)
 - alle Einzelkassen, Krankenhäuser und Medizinische Dienste
 - mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften (DGfM)
 - Bundesgesundheitsministerium und Unparteiischer Vorsitzender
 - verkürzte Entscheidungsfrist [8-Wochen] (Abs. 4 Satz 1)
 - Entscheidung ist eine verbindliche „zukunftsgerichtete“ Kodierregel (Abs. 4 Satz 3 und Abs. 6)
 - gelten ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Veröffentlichung der Entscheidung folgenden Monats und
 - für KH-Abrechnungen, die zum Zeitpunkt der Entscheidungsveröffentlichung bereits Gegenstand einer MD-Prüfung sind
 - Geschäftsstelle beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK] (Abs. 1 Satz 6)
 - Vereinbarung und Geschäftsordnung des Schlichtungsausschusses
 - Antragsmuster, Anträge und Entscheidungssammlung
 - veröffentlicht unter: https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG

(4) Bundesschlichtungsausschuss (§ 19 KHG)



- vorrangige Aufgabe bis Ende 2020 (Abs. 5)
 - Klärung aller zwischen SEG 4 (MDK) und der FoKA (DGfM) Ende 2019 strittigen Kodierempfehlungen
 - => 69 dissente Kodierregelungen
 - Entscheidungen bis Anfang 2021
 - 67 Kodierregelungen (in 7 Sitzungen) geklärt
 - nur zwei Kodierfragen (KDE-47+ KDE-428) wurden im Dissens entschieden

➤ Einzelanträge

- aktuell nur ein Antrag (eines Krankenhausträgers) angenommen
 - => https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG/Liste_der_Schlichtungsverfahren
- Anträge können ausschließlich in elektronischer Form gestellt werden
- ausführliche Verfahrensbeschreibung zur Antragstellung auf der InEK-Homepage
 - => https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG/Antragstellung/Antragstellung2
- könnte zukünftig bei Streitigkeiten (u.a. im Kontext der Strukturprüfungen) wichtig werden
 - => Einbindung von Rechtsanwälten empfehlenswert

(A) Abrechnungsregelungen



- (1) Rechnungskorrekturverbot
- (2) Aufrechnungsverbot
- (3) Erörterungsverfahren mit Präklusionswirkung
- (4) Effizienzsteigerung der Bundesschiedsstelle
- (5) Vergütung primärer Fehlbelegung

(5) Vergütung bei primärer Fehlbelegung



Auffangfinanzierung (§ 8 Abs. 3 KHEntgG)

- bei primärer Fehlbelegung und
- keinem Anspruch auf ambulante Vergütung (z.B. AOP)

„Hat nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen, sind die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen geltenden Bestimmungen zu vergüten.“

Nicht bei sekundärer Fehlbelegung!

Finanzierungslücke bei fehlender Anschlussversorgung weiter ungelöst
(BSG Urteil vom 25.09.2007 - Az.: GS 1/06)

Reha-Nothelferentscheidung erster Lichtblick
(BSG Urteil vom 19.11.2019, B 1 KR 13/19 R)

6	Endokrinologie	310,87 €	Magnet-Resonanz-Geräte (MR)	
7	Gastroenterologie	164,64 €		
8	Pneumologie	219,34 €		
9	Rheumatologie	128,85 €	Leistungen nach den DKG-MF 1-Ziffern	Pauschale gemäß § 3
10	Pädiatrie	94,08 €	5700, 5720	179,97 €
11	Kinderkardiologie	111,46 €	5705	171,79 €
12	Neonatalogie	51,64 €	5715	175,88 €
13	Kinderchirurgie	61,36 €	5721, 5730	163,61 €
14	Lungen- und Bronchialheilkunde	111,46 €	5729	98,17 €
15	Allgemeine Chirurgie	100,72 €	5731, 5732	40,90 €
			5735	32,72 €
			5735	245,42 €

(B) MDK-Prüfverfahren



- (1) Prüfeinleitung / Nachprüfung
- (2) Prüfquoten
- (3) Sanktionierung bei Beanstandungen (Aufschläge)
- (4) Strukturprüfung / Richtlinienkompetenz des MD Bund

(1) Prüfeinleitung / Nachprüfung

(2) Prüfquoten

(3) Sanktionierung bei Beanstandungen (Aufschläge)

(4) Strukturprüfung / Richtlinienkompetenz des MD Bund

(1) Prüfeinleitung / Nachprüfung

▪ **Prüfauftragseinleitungsfrist** von 6 Wochen auf 4 Monate verlängert (§ 275c Abs. 1 S.1 SGB V)

- wurden im Kontext der neuen (Quartals-)Prüfquoten verlängert
 - Kassen können so ihre Prüfauftragsstrategie an die Prüfquoten anpassen
- in der Übergangs-PrüfvV bereits berücksichtigt
 - verlängert das Prüfverfahren
 - leistungrechtliche Entscheidung vor MDK-Reformgesetz => max. 11 Monate (ab Prüfanzeige)
 - leistungrechtliche Entscheidung nach **Übergangs-PrüfvV** => **max. 13 Monate** (ab Prüfanzeige)
 - leistungrechtliche Entscheidung nach **Ergänzung-PrüfvV** => **max. 16 Monate** (ab Prüfanzeige)
 - **kommen noch x Monate für das Erörterungsverfahren hinzu (Verjährungsfrist: 2 Jahre!)**

▪ **„Nachprüfungen“ sind nicht mehr zulässig** (§ 17c Abs. 2a S. 2 KHG)

- nach MDK-Prüfabschluss sind weitere Prüfungen zur selben Abrechnung ausgeschlossen
 - MD muss erneuten Prüfauftrag der Kassen abweisen
 - damit sollte auch eine erneute Prüfung auf Basis des „sachlich-rechnerischen Prüfregimes“ ausgeschlossen sein

(B) MDK-Prüfverfahren



(1) Prüfeinleitung / Nachprüfung

(2) Prüfquoten (§ 275c Abs. 2 SGB V)

(3) Sanktionierung bei Beanstandungen (Aufschläge)

(4) Strukturprüfung / Richtlinienkompetenz des MD Bund

(2) Prüfquoten (Grundsätze)



- Prüfaufträge zu vollstationären Schlussrechnungen werden durch Prüfquoten begrenzt
 - MD muss Prüfaufträge der Kassen ab Erreichen der Prüfquote zurückweisen!
 - Prüfquoten werden vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) berechnet und veröffentlicht
- Prüfungen für alle anderen Prüfungen („Vorfeldprüfungen“) sind weiter unlimitiert
 - Falldialoge, MBeg-Anforderungen (Kurzberichtsanforderungen?) [starker Anstieg]
 - MD-Zwischenrechnungsprüfung und Verweildauerprüfung ohne Rechnungsbezug
- Auswirkung auf nicht vom MD geprüften Fälle
 - Einwendungsausschluss von medizinisch inhaltlichen Fragen (wie bei dem Nachprüfungsausschluss)
 - ansonsten machen Prüfquoten (und das Aufschlagssystem) keinen Sinn
 - *medizinische Sachverhalte können letztlich auch nicht mit Sachbearbeitern erörtert werden*

(2) Prüfquoten (Werte/Entwicklung)

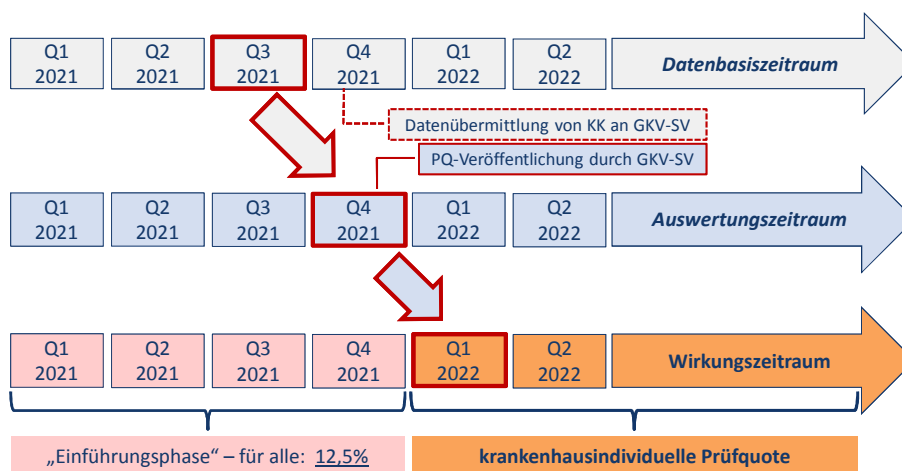


- in 2020: einheitliche feste Jahresprüfquote von **5%**
- **in 2021: einheitliche feste Jahresprüfquote von 12,5 %**
- **ab 2022** krankenhausindividuelle kasseneinheitliche Quartalsprüfquote
 - Prüfquote bestimmt sich anhand der „Nichtbeanstandungsquote“ (NBQ) [§ 275c Abs. 2 S. 4]
 - Verhältnis der in einem Quartal „nicht beanstandeten Fälle“ zu allem vom MD „geprüften Schlussrechnungen“
 - Prüfquotenstufen:
 - **5 %** bei NBQ über 60%
 - **10%** bei NBQ von 40-60%
 - **15%** bei NBQ unter 40%
 - keine Begrenzung: **unter 20% NBQ** und begründetem Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung; entscheiden Kasse (gemeinsam) selbst, nur Meldepflicht an Behörde!
 - wird jedes Quartal neu berechnet (ggf. jedes Quartal andere Prüfquote)
- **Covid-19-Entlastungsgesetz – zeitliche Verschiebung der Einführung**

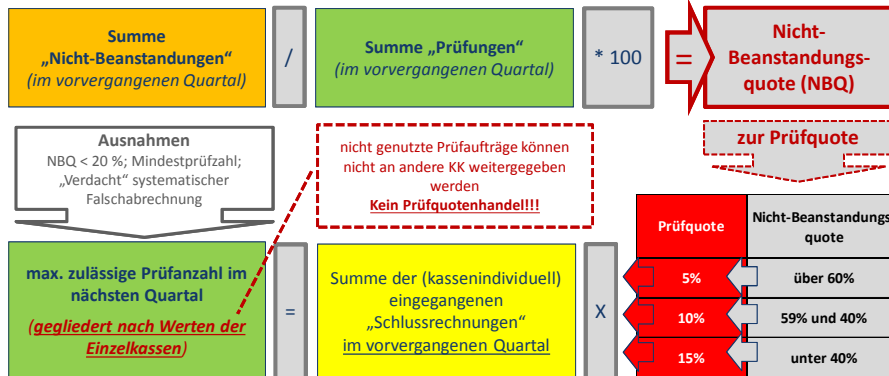
bei 345 KH in NRW
 im 3. Quartal 2020 => 12 KH (2 Anzeigen bekannt)
 im 4. Quartal 2020 => 4 KH (Anzeigen unbekannt)

trotz fester PQ in 2021

PQ- Berechnungsverfahren (Quartalsansatz)



PQ-Berechnungsverfahren (Übersicht)



26.03.2021

MDK-Reformgesetz / RA T. Ganse

© KGNW 2021

29

Ausweisung durch GKV-Veröffentlichung



- der GKV-SV veröffentlicht (ab 2020) quartalsweise, die für die Berechnung der Prüfquote relevanten Daten und die zukünftigen Prüfquoten (§ 275c Abs. 4 Satz 3 SGB V)
 - Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung etc. legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen selbst fest

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/abrechnungspruefung/abrechnungspruefung.jsp

(4) ³ Ab dem Jahr 2020 sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage der nach Satz 2 übermittelten Daten 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:

- Anteil der **beim Medizinischen Dienst** in dem betrachteten Quartal **eingeleiteten Prüfungen** von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung an allen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die, ausgehend vom betrachteten Quartal, **im vorvergangenen Quartal eingegangen sind**,
- Anteil der **Schlussrechnungen** für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst **nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages** in dem betrachteten Quartal führen und insoweit durch den Medizinischen Dienst unbeanstandet geblieben sind, an allen in dem betrachteten Quartal abgeschlossenen Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
- 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,
- Werte nach Satz 2 Nummer 1, die nach den einzelnen Krankenkassen zu gliedern sind.

Veröffentlichungswerte für die PQ und Aufschlag

26.03.2021

MDK-Reformgesetz / RA T. Ganse

© KGNW 2021

30

Ausweisung der Prüfquoten und NBQ



realisierte PQ

NBQ

nächste PQ

Realisierte Prüfquote – Anteil der MD-eingeleiteten Prüfungen an allen eingegangenen Schlussrechnungen zu vollstationären Krankenhausbehandlungen des vorvergangenen Quartals ; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100; ohne Angabe, wenn keine Schlussrechnungen vorliegen; Die realisierte Prüfquote kann infolge der Regelungen nach § 275c Abs. 2 Sätze 6 und 7 oder Satz 8 SGB V höher ausfallen

Anteil in % der Schlussrechnungen, bei denen nach abgeschlossener MD-Prüfung der Abrechnungsbetrag nicht minderungsfähig ist; Angabe in % zwischen 0 und 100; ohne Angabe, wenn keine abgeschlossenen Prüfungen vorliegen

Zulässige Prüfquote; Angabe in % („5“, „10“ oder „15“); in 2021 12,5%, ab 2022 5%, 10% oder 15%; die Angabe bildet keine infolge § 275c Abs. 2 S. 6 – 8 SGB V abweichenden Werte ab.

2021 noch einheitlich

KRANKENHAUS	MEDIZINISCHER DIENST	4. Quartal 2020 AUS_RPQ	4. Quartal 2020 AUS_POM_Q	2. Quartal 2021 AUS_ZPQ	
Evangelisches Krankenhaus Bellenken GmbH	Mecklenburg-Vorpommern	5	57	12,5	
Krankenhaus Neuwerk GmbH, Mönchengladbach	Nordrhein	5	61	12,5	
GFO Kliniken Bonn	Nordrhein	5	48	12,5	
Krankenhaus Lütkenfeld	Niedersachsen	3	48	12,5	
Universitätsklinikum Heidelberg	Baden-Württemberg	5	43	12,5	
Evangelisches Krankenhaus Hubertus	Berlin-Brandenburg	6	52	12,5	
LVR-Klinikum Essen	Nordrhein	6	57	12,5	
Evangelisches Krankenhaus Luckau GmbH	Berlin-Brandenburg	5	50	12,5	
Benedictus Krankenhaus Tutzing GmbH & Co. KG	Aktel (Bayern)	6	33	12,5	
Intensivklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	Bayern	4	100	12,5	
Klinikum Robert Koch Gehrden	Niedersachsen	2	54	12,5	
Ev. Lukas-Krankenhaus	Westfalen-Lippe	4	80	12,5	

26.03.2021

MDK-Reformgesetz / RA T. Ganse

© KGNW 2021

31

Ausweisung der Prüfauftragsgrenze für Q2/2021



Ausweisung der max. möglichen kassenindividuellen Prüfaufträge (je Krankenhaus) für das 2. Quartal 2021
- auf Basis der Schlussrechnungen aus Q4/2020 -

Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen bezogen auf das Krankenkassen-IK

Anzahl der im Anwendungsjahr maximal prüfbaren Schlussrechnungen bezogen auf das Krankenkassen-IK

KRANKENHAUS	MEDIZINISCHER DIENST	KRANKENKASSE	4. Quartal 2020 AUS_ASAN	2. Quartal 2021 AUS_SPR_AN	
Universitätsklinikum Köln (AöR)	Nordrhein	Krones BKK	0	1	
Universitätsklinikum Köln (AöR)	Nordrhein	BKK Rieker RICOSTA Weissner	0	1	
Sana-Kliniken Bad Wildbad GmbH	Baden-Württemberg	emenje-Betriebskrankenkasse	0	1	
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH	Hessen	BKK MTU	0	1	
Universitätsklinikum Köln (AöR)	Nordrhein	SECURVITA BKK	36	4	
Sana-Kliniken Bad Wildbad GmbH	Baden-Württemberg	AOK Baden-Württemberg	273	34	
Klinikum Emden – Hans-Susemühl-Krankenhaus	Niedersachsen	R+V Betriebskrankenkasse	1	1	
Universitätsklinikum Köln (AöR)	Nordrhein	BKK VerbandPlus	9	1	
Universitätsklinikum Köln (AöR)	Nordrhein	BKK Südwest	35	4	
Sana-Kliniken Bad Wildbad GmbH	Baden-Württemberg	BKK Schenklen	0	1	
RHON-KLINIKUM Campus Bad Neustadt	Bayern	BKK Groz-Beckert	0	1	
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH	Hessen	BKK eddusiv	1	1	
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH	Hessen	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland-Die Gesundheitskassen	93	11	
Universitätsklinikum Köln (AöR)	Nordrhein	BIG direkt gesund	8	1	
Universitätsklinikum Köln (AöR)	Nordrhein	KNAPPSCHAFT	335	41	
Universitätsklinikum Köln (AöR)	Nordrhein	emenje-Betriebskrankenkasse	5	1	

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/kh_pruefung_statistik/pruefquoten_und_statistik.jsp

26.03.2021

MDK-Reformgesetz / RA T. Ganse

© KGNW 2021

32

PQ-Berechnungswerte (KK-Datenmeldungen)



- der GKV-Spitzenverband Bund (GKV-SV) nutzt **ausschließlich Daten, die von den jeweiligen Krankenkassen gemeldet werden** (§ 275c Abs. 4 Satz 2 SGB V)
- Krankenhäuser erhalten keine Informationen über die Datenmeldungen der Krankenkassen
 - Kontrolle mit Krankenhausdaten nur annähernd möglich, weil:
 - **den KH der Eingang der Gutachtenergebnisse sowie Schlussrechnungen bei den Kassen unbekannt ist**
 - **für KH die Einbeziehung von Rechnungskorrekturen nicht erkennbar ist**

(4) ¹ Zur Umsetzung der Einzelfallprüfung nach den Vorgaben der Absätze 1 bis 3 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen. ² **Die Krankenkassen übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Ende des ersten Monats, der auf ein Quartal folgt, die folgenden Daten je Krankenhaus:**

1. Anzahl der **eingegangenen Schlussrechnungen** für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
2. Anzahl der beim Medizinischen Dienst **eingeleiteten Prüfungen** von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach Absatz 1,
3. Anzahl der nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst **abgeschlossenen Prüfungen** von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,
4. Anzahl der **Schlussrechnungen** für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung gemäß Absatz 1 nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt haben **und insoweit unbeanstandet geblieben sind**.

Berechnungswerte für die PQ

26.03.2021

MDK-Reformgesetz / RA T. Ganse

© KGNW 2021

33

Prüfquotenbezug (erste Fassung im MDK-RG)

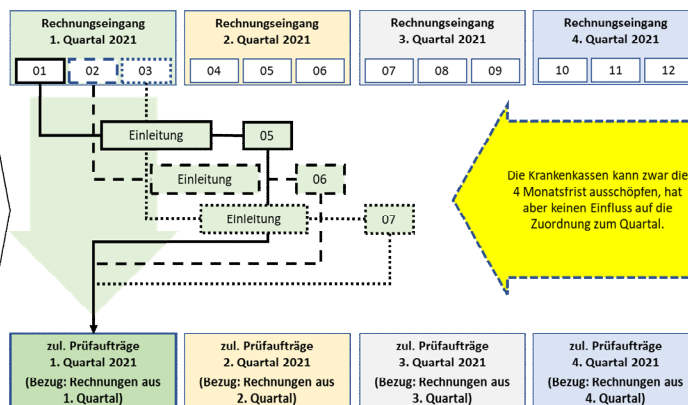


Bezugspunkt: Eingang der Schlussrechnung (vom BMG bestätigt)

- wenn die Prüfquote bspw. im 2. Monat des Quartals ausgeschöpft wurde, konnten im 3. Monat eingehende Rechnungen nicht mehr geprüft werden.

Grundsatz:
Prüfaufträge können **nur bezogen auf Rechnungen desselben Quartals erfolgen** und nur bis spätestens Ende des übernächsten Quartals eingeleitet werden, wenn:

1. die 4-Monatsfrist nicht abgelaufen ist **und**
2. **die max. zul. Prüfanzahl für das jeweilige Quartal noch nicht erreicht ist**



26.03.2021

MDK-Reformgesetz / RA T. Ganse

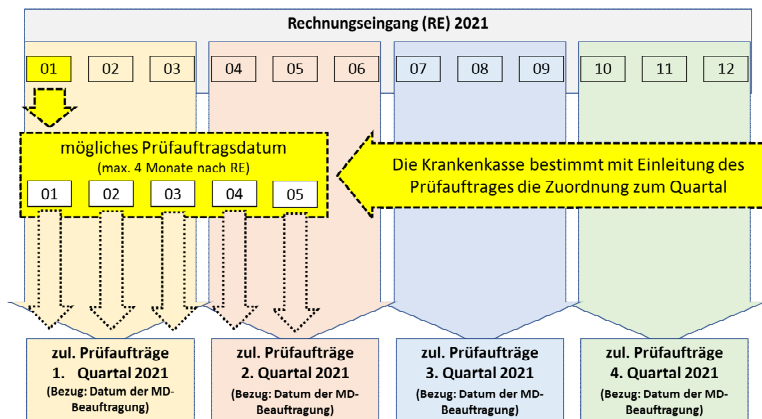
© KGNW 2021

34

Prüfquotenbezug (mit dem GPVG geändert)



Nach dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz ist nunmehr das **Datum der Einleitung der Prüfung** für die Zuordnung einer Prüfung zu einem Quartal und zu der maßgeblichen quartalsbezogenen Prüfquote maßgeblich.



Prüfquoten - Rechtsschutz (§ 275c Abs. 5 SGB V)



- Keine Korrekturmöglichkeit (Neuberechnung) bei nachträglichen Änderungen in Einzelfällen

- Rechtsschutz gegen die Berechnung des GKV-SV (z.B. gegen Berechnungsmethodik)

- Klage und Widerspruchsverfahren
 - *Verwaltungsakt-Qualität der GKV-Veröffentlichung?*
 - *Vorheriges Auskunftersuchen zu Meldungen der einzelnen Kassen?*
- Eilrechtsschutz (da keine aufschiebende Wirkung)

- Zusatzfrage:** Wie geht man gegen die Prüfquotenüberschreitung vor?

- gegen den MD? (aufsichtsrechtlich? Schadensersatzklage? ...???)
- gegen die Kasse im Rahmen der Leistungsklage? (*Einwendungsausschluss bei Überschreitung?*)

(5) ¹Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen die Ermittlung der Prüfquote nach Absatz 4 **haben keine aufschiebende Wirkung**. ²Einwendungen gegen die Ergebnisse einzelner Prüfungen nach Absatz 1 sind bei der Ermittlung der Prüfquote **nicht zu berücksichtigen**. ³Behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen nach Absatz 1 lassen die für das jeweilige betrachtete Quartal ermittelte Prüfquote nach Absatz 2 **unberührt**.

(B) MDK-Prüfverfahren



(1) Prüfeinleitung / Nachprüfung

(2) Prüfquoten

(3) Sanktionierung bei Beanstandungen (Aufschläge)

(4) Strukturprüfung / Richtlinienkompetenz des MD Bund

Aufschlag bei MD-Beanstandung (Grundsätze)



- bei jeder MD-Beanstandung – mit einer Ausnahme – zusätzlicher Aufschlag (*Sanktion*)
 - nur bei MD-Prüfung von „vollstationären Schlussrechnungen“
 - kein Aufschlag im Rahmen der „Vorfeldprüfungen“

- Krankenkassen setzen dies per Verwaltungsakt fest
 - Widersprüche/Klagen haben keine aufschiebende Wirkung
 - sofortige Fälligkeit des Aufschlages (!)
 - Einbindung im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V? (wegen VA-Charakter eher nicht)
- ⇒ *Aufsplittung der Gerichtsverfahrens*
 - ❖ *Widerspruch/Anfechtungsklage gegen Aufschlagsbescheid (im Eilverfahren)*
 - ❖ *Leistungsklage auf Zahlung offener Abrechnungsbeträge (bei Aufrechnung oder gekürzter Vergütung)*

- die Aufschlagshöhe ist fest an die Prüfquote gebunden
 - im Nachhinein fehlerhafte Beanstandungen ändern auch die Aufschlagshöhe nicht
 - daher ist nur die Berechnung des GKV-SV zur Aufschlagshöhe angreifbar (vgl. Ausführungen zu PQ)

Aufschlagshöhe



- im Einführungsjahr 2020 (bei jeder MD-Bearbeitung für alle Krankenhäuser) **corona-bedingt gestrichen**
 - 10 Prozent des Differenzbetrages (gemäß der MD-Bearbeitung)
 - mindestens jedoch 300 € (= Vorrang)

- ab (2021) 2022 gelten quartalsbezogene krankenspezifische Aufschläge
 - kein Aufschlag bei einer Prüfquote von 5% (NBQ über 60%)
 - Aufschlag bei Prüfquoten über 5% (= NBQ unter 60%)
 - 25 Prozent des Differenzbetrages bei 10% PQ (NBQ von 40-60%)
 - 50 Prozent des Differenzbetrages bei 15% PQ (NBQ unter 40%)
- aber:
 - höchstens 10% des geminderten Abrechnungsbetrages (ehem. 1500,- € fix)
- aber auch dann:
 - mindestens 300 € (= Vorrang, dieser Betrag darf nicht unterschritten werden)

Aufschlagsberechnung



Berechnung in drei Schritten:

- 25% bzw. 50% des Differenzbetrages (Grundsatz)
- Minderung auf 10% des geminderten Abrechnungsbetrages (= neuer Betrag nach MD-Bearbeitung); aber nur, wenn dieser Betrag höher ist als 1.
- Erhöhung auf 300 Euro, soweit 1. oder 2. niedriger als 300,00 Euro

vollstationäre Schlussrechnung (Betrag)	nach MD-Bearbeitung		zusätzlicher Aufschlag auf Differenzbetrag		(ggf) Minderung	Erhöhung, wenn Betrag	zu zahlender Aufschlag
	geminderter Abr.-Betrag	Differenzbetrag (Rückzahlung)	25% (bei 10% PQ)	50% (bei 15% PQ)	geminderter AB	300 auf	
Beispiele	2.000,00	1.500,00	500,00	125,00	150,00	150,00	300,00
	1.000,00	1.000,00	250,00	250,00	250,00	300,00	300,00
	120,00	1.880,00	470,00	470,00	2,00	300,00	300,00
	4.000,00	3.500,00	500,00	125,00	350,00	300,00	300,00
	3.000,00	3.000,00	750,00	750,00	1,00	300,00	300,00
	200,00	3.800,00	780,00	780,00	2,00	300,00	300,00
	10.000,00	8.000,00	2.000,00	500,00	800,00	300,00	500 / 800
	5.000,00	5.000,00	1.250,00	1.250,00	2.500,00	300,00	500,00

Aufschlag (rechnerische Bewertung)



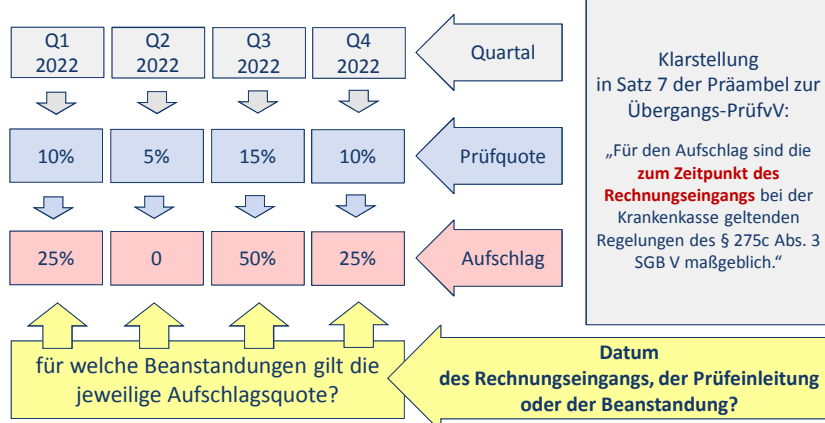
- Berechnung im Einzelfall ist (ohne Berechnungstool) recht aufwendig
- Mindestbetrag von 300,00 Euro wird „nur“ bei hochpreisigen Fällen erhöht
- hochpreisige Fälle: je geringer der neue Abrechnungsbetrag, je niedriger der Aufschlag

	vollstationäre Schlussrechnung (Betrag)	nach MD-Beanstandung		zusätzlicher Aufschlag auf Differenzbetrag		(ggf) Minderung (höchstens 10% geminderter AB)	Erhöhung, wenn Betrag unter 300 auf	zu zahlender Aufschlag
		geminderter Abr.-Betrag	Differenzbetrag (Rückzahlung)	25% (bei 10%-PQ)	50 % (bei 15%-PQ)			
Beispiele	2.000,00	1.500,00	500,00	125,00	250,00	150,00	300,00	300,00
		1.000,00	1.000,00	250,00	500,00	100,00	300,00	300,00
		120,00	1.880,00	470,00	940,00	12,00	300,00	300,00
	4.000,00	3.500,00	500,00	125,00	250,00	350,00	300,00	300,00
		1.000,00	3.000,00	750,00	1.500,00	100,00	300,00	300,00
		200,00	3.800,00	950,00	1.900,00	20,00	300,00	300,00
	10.000,00	8.000,00	2.000,00	500,00	1.000,00	800,00	300,00	500 / 800
		5.000,00	5.000,00	1.250,00	2.500,00	500,00	300,00	500,00

Bezugspunkt des Aufschlages (Quotenbezug)



- Welcher Zeitraum ist für die Aufschlagshöhe maßgeblich?
 - o Welche Beanstandungen unterliegen welchem Aufschlag?



(B) MDK-Prüfverfahren



- (1) Prüfeinleitung / Nachprüfung
- (2) Prüfquoten
- (3) Sanktionierung bei Beanstandungen (Aufschläge)
- (4) Strukturprüfung / Richtlinienkompetenz des MD Bund

Strukturprüfung (§ 275d SGB V)



- Überprüfung der Einhaltung von OPS-Strukturvorgaben
 - Prüfauftrag an MD nur auf Initiative des Krankenhauses
 - Krankenkassen können MD nicht (mehr) mit Strukturprüfung beauftragen
 - Begutachungskosten des MD werden (weiterhin) von Kassen getragen (Abs. 5)
- Begutachtungsergebnis wird vom MD bescheinigt
 - Ergebnis gilt für den vom MD bestimmten Zeitraum
 - ist den Kassen für Budgetverhandlung ab 2022 (spätestens zum 31.12.2021) vorzulegen
- bei negativer oder fehlender Bescheinigung dürfen die betreffenden Leistungen nicht im Budget vereinbart und nicht abgerechnet werden
 - Prüfaufträge der Krankenhäuser müssen zwingend und frühzeitig erfolgen, ansonsten wird der Versorgungsauftrag für den Bescheinigungszeitraum diesbezüglich reduziert
- Überprüfung von Strukturvorgaben im Einzelfall ausgeschlossen
 - also keine Überprüfung von allgemeinen Personal-/Infrastruktur-/Organisationsvorgaben, z.B. sächlichen Anforderungen (24 Std.-CT), Erfüllung der Facharztvorgaben etc.
 - aber Einzelfallprüfungen auf konkrete Vorgaben weiterhin möglich; z.B.: Prüfung der wöchentlichen Teambesprechungen, vorgegebene Therapieeinheiten, etc.

MD-Richtlinie nach § 283 SGB V



Vorwort	3
1 Rechtsgrundlagen	5
2 Geltungsbereich	6
3 Prüfungskonzept	6
4 Begutachtungsablauf	7
4.1 Beantragung der Prüfung	7
4.1.1 Antrag bei fortlaufender Leistungsvereinbarung	7
4.1.2 Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungsvereinbarung	8
4.1.3 Antragstellung	8
4.1.4 Antragstellung im Jahr 2021	9
4.2 Durchführung der Prüfung	9
4.2.1 Erledigungsarten	9
4.2.2 Dokumentenprüfung	9
4.2.3 Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung	10
4.2.4 Vor-Ort-Prüfung	11
5 Bescheid, Gutachten und Bescheinigung	12
5.1 Bescheid über die Erteilung oder Nichterteilung der Bescheinigung	12
5.2 Gutachten	12
5.3 Bescheinigung	12
5.4 Gültigkeitsdauer	12
6 Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch das Krankenhaus	13
7 Änderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels	13
8 Turnusgemäße Prüfung und Wiederholungsprüfungen	14
8.1 Turnusgemäße Prüfung	14
8.2 Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung	14
8.3 Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen	15
9 Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch	16
10 Datenschutz	16
11 Ausnahmen von der Prüfung	16
12 Inkrafttreten	16
Anlagen	17

Konkretisierungen durch die Strukturrichtlinie des MD (Bund)

- Ermächtigung in § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V
- Erstfassung bis 28. Februar 2021 (*abgelaufen*)
- Anhörung der Beteiligten (u.a. auch DKG und medizinische Fachgesellschaften)
 - DKG hat zwei Stellungnahmen abgegeben
- Genehmigung durch BMG
- **bis heute – trotz Nachfrage – kein Sachstand zur Fassung / zum Genehmigungsverfahren bekannt**

Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V

(Entwurfstand MDS 07.12.2020)

26.03.2021

MDK-Reformgesetz / RA T. Ganse

© KGNW 2021

45

Strukturprüfung (Geltungsbereich)



- Welche Leistungen können/müssen geprüft werden?
 - Schwerpunkt auf Komplexleistungen (Hinweis in Gesetzesbegründung)
 - Bestimmung in der MD-Begutachtungsrichtlinie (§ 275d Abs. 1 S. 2 i.V.m. § 283 SGB V)

2 Geltungsbereich

Diese Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V ist gemäß § 283 Absatz 2 Satz 5 SGB V für die Medizinischen Dienste verbindlich.

Die abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssel sind einschließlich der zu prüfenden Strukturmerkmale in den Anlagen 2 (Abrechnungsrelevante OPS-Kodes) und 4 (Strukturmerkmale der abrechnungsrelevanten OPS-Kodes) aufgeführt.

(voraussichtlich zunächst)
53 OPS in Strukturprüfungen
(die „Klassiker“ sind alle dabei)

OPS	Station	OPS	Station	OPS	Station
1-221		8-982		9-647	
1-945		8-983		9-648	
1-999.3		8-984		9-64a	x
5-709.0		8-985		9-65	
8-550	x	8-986		9-67	
8-552	x	8-987.0	x	9-68	
8-559	x	8-987.1		9-68	x
8-644		8-988		9-694	x
8-718.8	x	8-98a		9-701	
8-718.9	x	8-98b.2		9-801	
8-918		8-98b.3		9-985	
8-91c		8-98d	x		
8-934		8-98e	x		
8-975.2		8-98f	x		
8-977		8-98g.0	x		
8-97d		8-98g.1			
8-980	x	8-98h.0			
8-981.2	x	8-98h.1			
8-981.3	x	9-403			
		9-60			
		9-61			
		9-62			
		9-63			
		9-642			
		9-643	x		

26.03.2021

MDK-Reformgesetz / RA T. Ganse

© KGNW 2021

46

Strukturprüfung (Prüfgegenstand/Nachweis)



- Was soll jeweils geprüft werden?
 - Welche Strukturmerkmale in den OPS?

konkretisiert in „Anlage 4“

2 Geltungsbereich

Diese Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V ist gemäß § 283 Absatz 2 Satz 5 SGB V für die Medizinischen Dienste verbindlich.

Die abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssel sind einschließlich der zu prüfenden Strukturmerkmale in den Anlagen 2 (Abrechnungsrelevante OPS-Kodes) und 4 (Strukturmerkmale der abrechnungsrelevanten OPS-Kodes) aufgeführt.

Bsp.

Strukturmerkmale gemäß OPS 2021

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

- Multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein
- Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatrispezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
- Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

Strukturprüfung (Nachweis)



- Wie sind die Strukturmerkmale nachzuweisen?

Auszug aus Nr. 3 der RL (Prüfkonzept)

Relevante Nachweise und Unterlagen sind dabei insbesondere Nachweise über die Anzahl und Qualifikation des zur Erbringung des jeweiligen OPS-Kodes vorgehaltenen Personals (Qualifikationsnachweise und bei Bedarf zusätzlich Arbeitsverträge) der Nachweis einer eigenen Personalstruktur und eines Dienstplans der betreffenden Abteilung für die Erbringung der betreffenden Leistung einschließlich der sächlichen-apparativen Vorhaltungen. Ergänzend fordert der Medizinische Dienst die Vorlage von Dienstplänen über einen Zeitraum von drei zusammenhängenden Monaten an, soweit die vorgegebenen Strukturmerkmale dies erfordern und die Leistung bereits bisher erbracht wurde. Die jeweiligen Monate werden vom zuständigen Medizinischen Dienst aus den letzten 12 Monaten, die vor der Prüfung liegen, benannt. Sofern Strukturmerkmale in OPS-Kodes durch Kooperationen oder Honorarverträge erfüllt werden, sind neben den Verträgen zusätzlich Qualifikationsnachweise und Dienstpläne vorzulegen.

4.2.2 Dokumentenprüfung

OPS-individuell
nach Anlagen 5 und 6
der MD-Richtlinie

Das Krankenhaus hat je OPS-Kode den Selbstauskunftsbogen (Anlage 5) mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen (Anlage 6) vollständig und fristgerecht beim Medizinischen Dienst einzureichen. Wenn im Verlauf der Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt wird, dass die eingereichte Selbstauskunft mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen nicht vollständig oder nicht aussagefähig ist, wird dem Krankenhaus die Möglichkeit einer Nachlieferung der vom Medizinischen Dienst zu benennenden Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen (Mo.-Fr.) gegeben. Dies wird dem Krankenhaus vom Medizinischen Dienst mitgeteilt. Gehen die angeforderten

Strukturprüfung (Nachweis-Beispiel)



Anlage 5

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS
8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (Version 2021)

Vorhandensein der folgenden Strukturmerkmale:		Erläuterung:	
Physiotherapie/Physik		Beschreibung der g	
Ja ☐ Nein ☐		Krankenhausname	
Namen, Vorname:		Ort	
		ggf. Standort / ggf. Standortnummer	
Besonders geschützt		ggf. Fachabteilung / ggf. Station	
Ja ☐ Nein ☐			
Ergotherapie:		Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch anzuwendenden Pflege-/Therapiebereiche sind alle zum Team gehörenden Personen namentlich aufzuführen.	
Ja ☐ Nein ☐		- Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung.	
Namen, Vorname:		Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie liegt vor:	
		Art der Bezeichnungen:	
Logopädie/faziale		Die fachärztliche Behandlungsleitung ist überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig:	
Ja ☐ Nein ☐		Ja ☐ Nein ☐	
Namen, Vorname:		Ärzte (Namen, Vorname):	
		Namen, Vorname:	
Psychologie/Neuropsychologie		Mindestens eine Person mit geriatrischspezifischer Qualifikation (6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung)	
Ja ☐ Nein ☐		Namen, Vorname:	
Namen, Vorname:			

Anlage 6

OPS-Kodes 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Allgemeine Hinweise:

- Mit „Dienstplan“ ist der umgesetzte und durch die Personalabteilung abgerechnete „Ist-Dienstplan“ gemeint. Ergänzend kann das Krankenhaus den geplanten „Soll-Dienstplan“ zur Verfügung stellen.
- Bei bestehender Kooperation sind neben dem Kooperationsvertrag die Dienstpläne und Qualifikationsnachweise des kooperierenden Leistungserbringers zur Verfügung zu stellen.
- Angaben zur Vergütung in Arbeitsverträgen können unterbreitet werden.
- Sollte es sich im Rahmen der Durchführung der Strukturprüfung als notwendig erweisen, behalten wir uns vor, weitere prüfungsrelevante Unterlagen anzufordern bzw. bereitstellen zu lassen.
- Der ausgefüllte Selbstauskunftsbogen ist mit den erforderlichen Unterlagen zu übermitteln oder bei der Vor-Ort-Prüfung gemäß 4.2.4 bereitzustellen.

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- „Multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein“
 - Facharztkunden/Qualifikationsnachweise der Personen, die die Behandlungsleitung sicherstellen
 - Nachweis über die Sicherstellung der Behandlungsleitung
 - Nachweis über die überwiegende Tätigkeit der fachärztlichen Behandlungsleitung in der geriatrischen Einheit (z.B. Arbeitsvertrag)
- „Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierende-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegekraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatrischspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen“
 - Qualifikationsnachweise/Schulungsnachweise des Pflegepersonals der geriatrischen Einheit
 - Qualifikationsnachweise über die curriculare geriatrischspezifische Zusatzqualifikation
 - Nachweis einer mindestens 6-monatigen Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung der Pflegekräfte mit curriculare geriatrischspezifischer Zusatzqualifikation (z.B. Arbeitszeugnisse)
- „Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie“
 - Nachweis über das Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche durch Dienstpläne (3 zusammenhängende Monate nach Vorgabe des zuständigen Medizinischen Dienstes) und Qualifikationsnachweise der Therapeuten
 - Physiotherapie/Physikalische Therapie
 - Ergotherapie
 - Logopädie/faziale Therapie
 - Psychologie/Neuropsychologie

Strukturprüfung (Bescheidung bis Widerspruch)



5	Bescheid, Gutachten und Bescheinigung	12
5.1	Bescheid über die Erteilung oder Nichterteilung der Bescheinigung	12
5.2	Gutachten	12
5.3	Bescheinigung... Bestandteil des (pos.) Bescheides	12
5.4	Gültigkeitsdauer	12
6	Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch das Krankenhaus	13
7	Änderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels	13
8	Turnusgemäße Prüfung und Wiederholungsprüfungen	14
8.1	Turnusgemäße Prüfung	14
8.2	Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung	14
8.3	Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen	15
9	Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch	16

- keine fristgerechte MD-Bescheinigung
 - soll grundsätzlich unschädlich sein! (Änderungsantrag 20 zu § 275d Absatz 4 SGB V)
„Soweit Krankenhäusern die **Bescheinigung** über die Einhaltung der Strukturmerkmale nach Absatz 2 **aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen** erst nach dem 31. Dezember 2020 vorliegt, **können diese Krankenhäuser** bis zum Abschluss einer Strukturprüfung bislang erbrachte **Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen.**“
 - muss auch für 2021 gelten (Achtung: MD-RL-Auftragsfrist relevant!)
 - nach der Gesetzesbegründung (im Änderungsantrag) auch keine Rückabwicklung bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung, wenn rückwirkend negativ beschieden wird (?)
- „negativer“ Bescheid (=> keine Bescheinigung bei negativem Gutachten)
 - Widerspruch (ggf. mit Wiederholungsprüfung)
- „negativer“ Widerspruchsbescheid (Problem: keine Fristen in Richtlinie)
 - Klage (Ziel: „Bescheinigung“ zur Vorlage bei den Kassen)

... ob es hilft
und wem
ist wohl Ansichtssache





Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit

Rechtsanwalt Thorsten Ganse



Kontakt: Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 211 47819-40
E-Mail: tganse@kgnw.de
www.kgnw.de