



Wichtige gesetzliche Neuerungen:  
das **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)**  
und das **MDK-Reformgesetz**

**Dr. Michael Schenk**

Zentrum für Integrative Schmerzmedizin

Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin,  
Suchtmedizinische Grundversorgung, Ärztliches Qualitätsmanagement

Franziskus-Krankenhaus Berlin



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.  
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)



BVSD  
Berufsverband der Ärzte und  
Psychologischen Psychotherapeuten  
in der Schmerz- und Palliativmedizin  
in Deutschland e.V.



# ***Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)***

# Änderungen aus dem Koalitionsvertrag

## Pflegestärkungsgesetz

- Reform der Vergütungsregelungen von GKV und PKV (EBM, DKGNT, GOÄ)
- Beitragsfinanzierung wieder paritätisch (Zusatzbeitrag, max. 1,0 %)
- Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
- Ambulante Versorgung GKV-Patienten
  - Terminservicesstellen (8-18 Uhr erreichbar)
  - Mindestsprechstundenangebot von 20 auf 25 Stunden
  - Zuschläge für Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren
- **Vergütung der Personalkosten Pflege zukünftig unabhängig von den Fallpauschalen**
- Sofortmaßnahme 8.000 Pflegekräfte für die medizinische Behandlungspflege (bei 13.000 Heimen = 0,5 VK pro Heim). Finanzierung voll aus der GKV.
- Ausbildungsinitiative Pflege, Anreize Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit
- Erhöhung Strukturfonds (Niederlassung auf dem Land), Elektronische Patientenakte, Innovationsfond (z.B. E-Health 200 Mio. € pro Jahr)

# G-DRG-Report-Browser - Fallpauschalkatalog 2019



DRG	Parti- tion	Bezeichnung <sup>6)</sup>	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme <sup>4)</sup>
						Erster Tag mit Abschlag <sup>2), 5)</sup>	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt <sup>3), 5)</sup>	Bewertungs- relation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
B47A	A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage	1,685		16,6			21	0,074	0,095		x
B47B	A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage	1,176		10,5			17	0,074	0,101		x

- Untere Grenzverweildauer      uGVD
- Mittlere Verweildauer          MVD
- Obere Grenzverweildauer      oGVD

# *Der Erlös für stationäre Leistungen bis 2019*

- Der Landesbasisfallwert multipliziert mit dem Relativgewicht der DRG ergibt das Entgelt
- **DRG B70F**
- Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebro-vaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse
  - Relativgewicht von 1,078
  - Bei normaler Liegedauer ergibt sich bei einem Landesbasisfallwert 2019 Berlin von 3.532,50 € ein Entgelt in Höhe von:  **$1,078 \times 3.532,50 \text{ €} = 3.808,04 \text{ €}$**
  - Die Summe aller erbrachten Relativgewichte wird als Case Mix (CM) und die durchschnittliche Fallschwere als Case Mix Index (CMI) bezeichnet

# *Ausgliederung der Pflege aus den DRGs*

## **aG-DRG-System**

- Ab dem Jahr 2020 werden die Pflegepersonalkosten (nur „Pflege am Bett“) der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und parallel zu den DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Die DRGs ohne Pflegepersonalkosten firmieren unter aG-DRG („a“ für „ausgegliedert“). Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wird das G-DRG-System jetzt als aG-DRG-System bezeichnet.
- Die Ausgestaltung des neuen Finanzierungsrahmens ab 2020 war durch die gesetzlichen Änderungen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) notwendig geworden und stellt die nachhaltigste Veränderung im DRG-System seit seiner Einführung dar.

# *Was ändert sich jetzt?*

## Aus dem G-DRG-Katalog wird ein aG-DRG-Katalog

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten *auf Fallebene*
- Ausgliederung auch bei der Berechnung von *Zusatzentgelten*, soweit in diesen Personalkosten enthalten sind
- Berechnung von Pflegekosten über eine *durchschnittliche Bewertungsrelation* mit dem Wert 1,0 pro Tag
- Die einzelnen DRGs sind *in unterschiedlichem Maß von der Ausgliederung betroffen*
- Dadurch entstehen in den verschiedenen Krankenhäusern positive und negative *Katalogeffekte* und damit Auswirkungen auf die Liquidität

# Pflegepersonalkostenausgliederung nach Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

- Berücksichtigung der Substitution pflegerischer Aufgaben, z.B. Stationssekretariat, Servicekräfte, Patientenfahrtdienst, Automatisierung Medikamente, Investitionen in Prozesse und Strukturen
- **Ausgliederung der „Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“**
- Wie hoch sind die Kosten für eine bettenführende Aufnahme station?

Anlage 1: Kontenabgrenzung – auszugliedernde Module gemäß InEK-Matrix

Kostenartengruppe	Kostenstellengruppe											
	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur		
	Personalkosten Ärztlicher Dienst	Personalkosten Pflege dienst	Personalkosten med.- tehn. Dienst/ Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Implantate / Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	
Normalstation	1	X										
Intensivstation	2	X										
Dialyseabteilung	3	X										
OP-Bereich	4											
Anästhesie	5											
Kreißaal	6											
Kardiologische Diagn. /Ther.	7											
Endoskopische Diagn. /Ther.	8											
Radiologie	9											
Laboratorien	10											
Diagn. Bereiche	11											
Therap. Verfahren	12											
Patientenaufnahme	13		X									

Legende:



Die Module sind vollständig auszugliedern.



Relevant sind nur die Kosten der bettenführenden Aufnahme station.

## INEK-Browser

# PFLEXIT = Ausgliederung der Pflege aus den DRGs



## Beispiel Hüft-OP

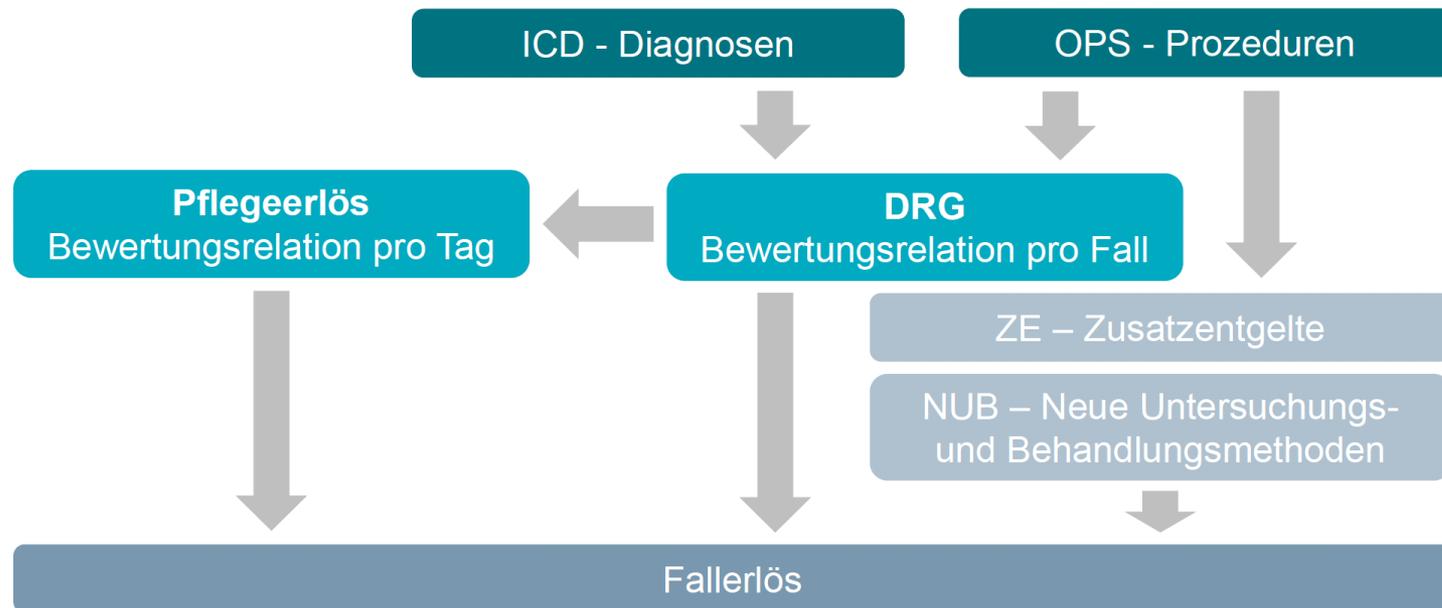
Kostenarten  Kostenstellen		Personalkosten			Sachkosten		Implan- tate/ Trans- plantate	Sachkosten			Personal- und Sachk.		Summe
		Ärztlicher Dienst	Pflege- dienst	Funktions- -Dienst	Arzneimittel			übriger medizin. Bedarf			med. Infra- struktur	nicht med. Infra- struktur	
					Gemein- kosten	Einzel- kosten		Gemein- kosten	Einzel- kosten	von Dritten			
1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8			
Normalstation	1	536,13	1019,02	32,06	55,29	7,4	0	71,88	1,35	11,33	263,16	813,2	2.810,82 €
Intensivstation	2	72,33	134,52	2,25	12,4	2,45	0	19,45	0,47	0,14	26,79	69,87	340,67 €
Dialyseabteilung	3												0,00 €
OP-Bereich	4	431,4	0	290,61	10,12	9,84	922,48	158,95	92,86	4,17	181,4	219,16	2.320,99 €
Anästhesie	5	268,53	0	179,63	15,6	0,72	0	52,14	1,7	0,53	35,03	76,64	630,52 €
Kreißsaal	6												0,00 €
Kardiolog. Diagn.	7	0,42	0	0,42	0,02	0	0,21	0,22	0,63	0,47	0,22	0,29	2,90 €
Endoskopie	8	0,84	0	0,89	0,04	0	0,03	0,38	0,16	0	0,42	0,58	3,34 €
Radiologie	9	34,4	0	44,56	0,4	0,07	0	5,85	0,18	21,14	15,45	28,19	150,24 €
Laboratorien	10	6,3	0	40,01	1,79	41,44	0	29,68	0,74	34,92	4,39	16,01	175,28 €
Diagnostische Bereiche	11	7,94	0,05	7,17	0,12	0	0	1,28	0,32	0,51	1,46	3,92	22,77 €
Therapeutische Verfahr.	12	5,55	0,79	141,62	0,16	0	0	1,86	0,03	23,85	5,71	52,79	232,36 €
Patientenaufnahme	13	35,7	6,84	34,74	1,34	0,11	0	4,72	0,02	0,05	5,93	21,46	110,91 €
Summe		1.399,54	1.161,22	773,96	97,28	62,03	922,72	346,41	98,46	97,11	539,96	1.302,11	6.800,80 €

- Die Pflegepersonalkosten wurden aus den Fallkosten der Kalkulationsteilnehmer ausgegliedert
- Die ausgegliederten Pflegepersonalkosten bilden die Basis für die Berechnung der tagesbezogenen Bewertungsrelationen des Pflegeerlöskataloges
- Der Pflegerlöskatalog wurde als eigene Spalte in den Fallpauschalen-Katalog integriert
- Die BWR/Tag sind für jede DRG individuell

DRG	Parti-tion	Bezeichnung <sup>6)</sup>	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegbamme	Mittlere Verweil-dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenzwelldauer		Obere Grenzwelldauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme <sup>4)</sup>	Pflegeerlös Bewertungs-relation/Tag
						Erster Tag mit Abschlag <sup>2), 5)</sup>	Bewertungs-relation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt <sup>3), 5)</sup>	Bewertungs-relation/Tag				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
B47A	A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage	1,323		16,0			20	0,059	0,077		x	0,4606
B47B	A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage	0,897		10,1			16	0,059	0,080		x	0,4898
I42A	A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage	1,233		16,3			20	0,057	0,070		x	0,4239
I42B	A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage	0,879		9,9			16	0,057	0,079		x	0,4638
U42B	A	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage	1,252		16,8			21	0,056	0,069		x	0,4598
U42C	A	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage	0,871		9,9			16	0,056	0,078		x	0,5233

## Beispiel: Schmerzmedizin

# Der Erlös für stationäre Leistungen ab 2020



# Der Erlös für stationäre Leistungen ab 2020

Der Landesbasisfallwert multipliziert mit dem Relativgewicht der DRG ergibt das Entgelt

**DRG B70F:** Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebro-vaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse

- Relativgewicht von 0,795 (2019: 1,078)
- Bei Liegedauer von 7 Tagen (= MVD) ergibt sich bei einem Landesbasisfallwert 2019 Berlin von 3.532,50 € ein Entgelt in Höhe von: **1,078 x 3.532,50 € = 3.809,32 €**

**2020**

Relativgewicht: 0,795 x LBFW 3.670,45 €	<b>2.918,01 €</b>
Pflegeerlös RG/Tag: 0,9070 x 7 Tage x 146,55 €	<b>+ 930,45 €</b>
	<b><u>3.848,46 €</u></b>

# Der Erlös für stationäre Leistungen ab 2021

Der Landesbasisfallwert multipliziert mit dem Relativgewicht der DRG ergibt das Entgelt

**DRG B47A:** Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage

- Relativgewicht von 1,323 (2019: 1,685)
- Bei Liegedauer von 16 Tagen (= MVD) ergibt sich bei einem Landesbasisfallwert 2019 Berlin von 3.532,50 € ein Entgelt in Höhe von: **1,685 x 3.532,50 € = 5.952,26 €**

**2021**

Relativgewicht: 1,323 x LBFW 3.670,45 € **4.856,01 €**  
 Pflegeerlös RG/Tag: 0,4606 x 16 Tage x 185,00 € **+ 1.363,38 €**  
**6.219,39 €**

B47A	A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage	1,323		16,0		20	0,059	0,077		x	0,4606
B47B	A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage	0,897		10,1		16	0,059	0,080		x	0,4898

# Grundlagen der Fallprüfung

## § 39 SGB V – Krankenhausbehandlung

- (1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben **Anspruch** auf vollständige Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme **nach Prüfung durch das Krankenhaus** erforderlich ist, weil das **Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung** einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

## §17c KHG – Prüfung der Abrechnung

- (2) Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§275 Abs. 1 SGB V) die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Verpflichtungen durch Stichproben prüfen.

## § 275 SGB V – Begutachtung und Beratung

- (1) Die Krankenkassen sind (...) verpflichtet, (...) bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, (...) eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

# *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.
- Dieser Beschluss bedarf der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden der betroffenen Länder.
- In Ländern, in denen bereits mehrere Medizinische Dienste oder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst bestehen, kann die jeweilige Aufteilung beibehalten werden.
- §94 Absatz 1a bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

## **Kurzlieger**

- Warum musste der Patient im Krankenhaus behandelt werden?
- Vor allem auch: Pflegenotwendigkeit
- Hätte der Patient innerhalb der uGVD entlassen werden können?

## **Zitate aus Anfragen des MDK**

- „Hätte die Behandlung nicht in einem kürzeren Zeitraum erfolgen können?“
- „Waren alle stationären Behandlungstage gerechtfertigt?“
- „Überprüfen Sie die Behandlungsnotwendigkeit am präinterventionellen Tag“

# *Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes*

## **Berichtspflicht der Landes-MD an den MD Bund**

- **Schaffung von Transparenz**

## **§278 SGB V (4)**

- **Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund zweijährlich zum 1. April über**
  - 1. die **Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen** nach §275 und der Prüfungen nach den §§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.

# *Motivation zur „korrekten“ Abrechnung*

- **Verbot der Rechnungsänderung** nach Übermittlung an die Krankenkasse (§17c Abs. 2a KHG (2a))
- Nach 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.
- **Nach Abschluss einer Prüfung nach §275 Abs. 1 (1) SGB V erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den MD.**
- In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

# *Motivation zur „korrekten“ Abrechnung*

## **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. Sofern die Prüfung durch den MD ergibt, dass die Rechnung des Krankenhauses zu niedrig oder überhöht war, kann das Krankenhaus die Rechnung jedoch korrigieren. Dies dient der Umsetzung des Prüfergebnisses des MD, das andernfalls unberücksichtigt bleiben müsste. Gleiches gilt, wenn ein rechtskräftiges Urteil eine Korrektur der Abrechnung erforderlich macht.
- 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 sowie die Durchführung weiterer Prüfungen der Krankenhausabrechnung 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%**
- **Im Jahr ??? 2020 für alle Häuser 10% der Differenz bzw. mindestens 300 €**

## §275c Abs. 3 SGB V (3)

1. Im Jahr ??? ~~2020~~ haben die Krankenhäuser neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag in Höhe von 10 Prozent dieses Differenzbetrages, **mindestens jedoch in Höhe von 300 Euro** an die Krankenkassen zu zahlen.
2. Ab dem Jahr ??? ~~2021~~ haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter 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.
3. Dieser Im Aufschlag beträgt
  1. **25 Prozent** im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 2, [40% bis unter 60% unbeanstandete Rechnungen]
  2. **50 Prozent** im Falle des Absatzes 2 Satz 4 Nummer 3 und im Falle des Absatzes 2 Satz 6, [weniger als 40% unbeanstandete Rechnungen]
  - jedoch mindestens 300 Euro und höchstens 10 Prozent des auf Grund der Prüfung durch den Medizinischen Dienst geminderten Abrechnungsbetrages, wobei der **Mindestbetrag von 300 Euro** nicht unterschritten werden darf.
4. In dem Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach §17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird kein Aufschlag erhoben.

# *Prüfquoten in Abhängigkeit vom Erfolg der Prüfungen*

<b>Anteil Abrechnungen ohne Beanstandung</b>	<b>≥ 60%</b>	<b>&lt; 60 bis 40%</b>	<b>&lt; 40 - 20%</b>	<b>&lt; 20 %</b>
<b>Prüfquote</b>	5%	10%	15%	unbegrenzt
<b>Strafzahlung Mindestens 300 EUR</b>	0	25% Aufschlag	50% Aufschlag	50% Aufschlag*

\*) plus Anzeige Sozialministerium

Widersprüche/Nachverfahren/SG-Verfahren werden nicht berücksichtigt

# Ermittlung der Prüfquote

Quartal 1

Quartal 2

Quartal 3

Anzahl der im Quartal erfolgten Abrechnungen

Anzahl der im Quartal eingeleiteten MD-Prüfungen

Anzahl der abgeschlossenen MD-Prüfungen  
• davon Anzahl der nicht beanstandeten Rechnungen

Meldung der Krankenkasse an GKV-Spitzenverband

**GKV-Spitzenverband**

Realisierte Prüfquote =  $\frac{\text{Eingeleitete Prüfungen}}{\text{Anzahl Abrechnungen}}$

Korrekte Abrechnungen =  $\frac{\text{Prüfungen ohne Minderung}}{\text{abgeschlossene Prüfungen}}$

Zulässige Prüfquote entsprechend Anteil korrekter Abrechnungen

**MDK**  
Ablehnung der Prüfung bei Überschreiten der Prüfquote

- **Prüfung von Strukturmerkmalen, § 275d SGB V**
- Endlich Rechtsgrundlage für die Durchführung von Strukturprüfungen.
- KH müssen, **bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen können, die Einhaltung von in OPS-Kodes vorgegebenen Strukturmerkmalen durch den MD begutachten lassen.**
- **Die entsprechende Richtlinie muss bis zum ~~01.05.2020~~ **01.05.2021** durch den MDB erlassen sein.**
- Die ihnen vom MD erstellte **Bescheinigung** haben KH gem. § 275d Abs. 3 SGB V den Vertragspartnern nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG anlässlich der Budgetverhandlungen **2021** spätestens bis zum **???** ~~31.12.2020~~ zu übermitteln.

# *Folgen von negativen Strukturprüfungen*

- Die Krankenhäuser haben den MD **aktiv zu beauftragen**, um die Erfüllung der vorhandenen Strukturmerkmale zu prüfen.
- Erfüllen Krankenhäuser die strukturellen Anforderungen nicht, **sollen ab ~~2021~~ 2022 entsprechende Leistungen nicht vereinbart und abgerechnet werden dürfen**, § 275d Abs. 4 SGB V.
- **Ausnahme:** KH haben Nichtvorliegen der Bescheinigung bis 31.12.2020 nicht zu vertreten, etwa weil der MD aus Kapazitätsgründen nicht geprüft hat.
- Wird ein zuvor nachgewiesenes Strukturmerkmal länger als einen Monat nicht mehr erfüllt, besteht eine **Mitteilungspflicht** des KH gegenüber den LV KK und den Ersatzkassen.

## **... und dann kam SARS-COV 2 und damit das COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz**

- Freihaltepauschale Erlösausfälle in Höhe von 560 € pro freigehaltenem Bett und Tag ab dem 16.03. **bis zum 30.09.2020** auf Basis der Belegung im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandeltem Patienten (Referenzwert)
  - Ausdifferenzierung für die somatischen KH anhand des verweildaueradjustierten CMI in 5 Stufen von 360 bis 760 €
  - BeSo: 560 €
  - Häuser mit Leistungen ausschließlich als Tag-/Nachtklinik: 280 €
  - Psychiatrie/Psychosomatik: 280 €, ausschließlich teilstationär: 190 €
  - ReHa: Vorhaltepauschale für jeden nicht behandelten Patienten 50 €/Tag
- Intensivbettenbonus 50.000 € - Einmalig pro zusätzlich aufgestelltem Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit
- Mehrkostenzuschlag (01.04.-~~30.06.2020~~ 30.09.2020) für Schutzausrüstungen – 50 € pro voll- oder teilstationärem Fall
- Zahlungsfrist von 5 Tagen bei Krankenhausrechnungen, befristet bis 31.12.2020

## ***... und dann kam SARS-COV-2 und damit das COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz***

- **Reduzierung der MD-Prüfquote** von 12,5% auf 5%
- **Aussetzung der „Strafzahlung“** bei falscher Krankenhausabrechnung für 2020 und 2021
- Erhöhung des vorläufigen **Pflegeentgeltwerts auf 185 € pro Tag** ab dem 01.04.2020 mit Spitzabrechnung am Jahresende ohne Rückzahlungsverpflichtung an die Krankenkassen
- Aussetzen des **Fixkostendegressionsabschlages** für das Jahr 2020
- Möglichkeit zur Vereinbarung von pandemiebedingten Mehr- oder Mindererlösen mit abweichenden Ausgleichregelungen
- Festsetzung der Bundesschiedsstelle Zusatzentgelt für die Testungen auf das Coronavirus
- SARS-CoV-2 im KH
  - Aufnahmen 14.05.-15.06.2020: 63,00 €, Aufnahmen ab 16.06.: 52,50 €
  - Laborkosten 52,50 €/42,00 € + 10 € Personalkosten, + 0,50 € Sachkosten

# *Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)*

- Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)
  - Ab dem 01.01.2021 werden dem KHZF durch den Bund 3 Milliarden Euro über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt
  - Die Länder und/oder die Krankenhausträger übernehmen 30% der jeweiligen Investitionskosten, wodurch ein Gesamtfördervolumen von bis zu 4,3 Milliarden Euro zur Verfügung steht
  - Die Bundesländer können seit dem 02.09.2020 bis zum 31.12.2020 Förderanträge an das BAS stellen
  - Förderung von Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und bessere digitale Infrastruktur, Patientenportale, elektronische Pflegedokumentation, digitales Medikationsmanagement, Maßnahmen zur IT-Sicherheit, sektorenübergreifende telemedizinische Netzwerkstrukturen
- Möglichkeit zur Vereinbarung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten aufgrund von Corona
- Regelungen zur Anwendung des Fixkostendegressionsabschlages
- Verschiedene Regelungen zur Abfederung von Erlösrückgängen über § 21 Abs. 10 und 11 KHG

# *Pflegepersonaluntergrenzen*

<b>Fachbereich</b>	<b>2020 Tag</b>	<b>2020 Nacht</b>	<b>2021 Tag</b>	<b>2021 Nacht</b>
Intensivmedizin	1:2,5	1:2,5	1:2	1:3
Geriatrie	1:10	1:20		
Kardiologie	1:12	1:24		
Unfallchirurgie	1:10	1:20		
Herzchirurgie	1:7	1:15		
Neurologie	1:10	1:20		
Neurologie mit Schlaganfalleinheit	1:3	1:5		
Neurologische Frührehabilitation	1:5	1:12		
<b>Schmerzmedizin?</b>				



**Am 28.10.2020  
Online-Workshop  
mit BVSD und MD**

## Sozialmedizinisches Begutachtungswissen

### **Dokument-Typ:**

**Arbeitshilfe | Begutungskriterien**

---

### **Begutachtung des OPS-Komplexcodes**

### **8-918 *Multimodale Schmerztherapie***

SEG 4

Sozialmedizinische Expertengruppe 4 „Vergütung und Abrechnung“  
der MDK-Gemeinschaft

Dr. Michael Schenk

**Vielen Dank!**



**Michael Schenk**

**Zentrum für Integrative Schmerzmedizin Franziskus-Krankenhaus Berlin**

**[drmichaelschenkberlin@gmail.com](mailto:drmichaelschenkberlin@gmail.com)**