



# Das MDK-Reformgesetz schlägt hohe Wellen

Von Prof. Dr. Erika Raab

**E**s begann vielversprechend. Der Gesetzgeber hatte den Reformbedarf erkannt. Neben unterschiedlichen Auffassungen über regelkonformes Abrechnungsverhalten, dem stetigen Anstieg der Prüfquoten und hohem Bürokratieaufwand für alle Beteiligten waren Auseinandersetzungen zu Art und Umfang von Strukturprüfungen der Komplexcode Tagesgeschäft im Medizincontrolling.

Im Referentenentwurf des Gesundheitsministeriums, der grundsätzlich von den am System Beteiligten begrüßt wurde, standen zunächst progressive Anreize für die regelkonforme Abrechnung von Krankenhausleistungen, die Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnung und die Herstellung von mehr Transparenz über das Prüfgeschehen. Dabei wurde versucht, eine Ausgestaltung auf Augenhöhe der diversen Interessengruppen zu finden.

Nachdem quasi in letzter Minute und ohne Prüfung der Auswirkung in der Praxis die „Strafzahlungen“ in das Gesetz geschrieben wurden, bekam der Gesetzentwurf eine Dynamik, die die einst positive Intention in eine einseitige Belastung eines Systempartners wendete. Im Rahmen zahlreicher Rückmeldungen der Mitarbeitenden in den Krankenhäusern, aber auch aus den Krankenkassen zeigt sich, dass in der Folge des Gesetzes eine starke Polarisierung zwischen Kran-

kenhäusern und Krankenkassen entstanden ist.

Die DGfM als Verband hält sich in Fragestellungen bewusst zurück, die einer Interessenpositionierung im Streit zwischen Kassen und Krankenhäusern dienen. Wir haben uns mit Mitgliederbeschlüssen als neutral zwischen Kassen und Kliniken positioniert und das auch in der Satzung festgeschrieben. Mit unserer Kompetenz wollen wir beide Seiten dabei unterstützen, Rahmenbedingungen und Prozesse zu schaffen, die zu einer pragmatischen und fairen Abrechnung führen. Die Position des Vorstandes der DGfM ist daher, einseitige Streitforderungen nicht öffentlich zu kommentieren. Nur so kann die DGfM in ihrer Rolle als neutrales Organ ihre Fachkompetenz weiter ausbauen und bei allen Partnern genug Vertrauen aufbauen, um inhaltlich die notwendige Arbeit zu unterstützen. Unser Schwerpunkt in der Diskussion liegt dabei nicht auf der politischen Wirkung, sondern auf der alltäglichen Umsetzbarkeit dieser Gesetzesänderungen in der Praxis.

Aus dem Feedback unserer Mitglieder lassen sich bereits jetzt objektiv diverse inhaltliche Umsetzungsthemen und Konfliktpotenziale des Gesetzes in der täglichen Arbeit darstellen, welche in ihrer Bewertung an die Systempartner zurückgespiegelt werden.

So zeigen sich im Bereich der Strukturprüfungen erste Konfliktpoten-

ziale dahingehend, dass Rückforderungen der Krankenkassen bei der Prüfung von Komplexcodes nicht ausgeschlossen sind, soweit inhaltlich Strukturmerkmale geprüft werden und solange die Bereinigung der Codes noch nicht erfolgt ist. Auch die Definition der prospektiven Wirkung einer Strukturprüfung bedarf einer vertieften Erläuterung. Sind Krankenhäuser verpflichtet, alle Komplexcodes mit Strukturmerkmalen an die KK anlässlich der Budgetplanungen zu schicken, unabhängig vom Verhandlungszeitpunkt? Was passiert, wenn der Verhandlungszeitpunkt erst im Folgejahr, also retrospektiv erfolgt. Auch die unverzügliche Anzeigepflicht von Änderungen wirft Fragen auf. Was ist die Rechtsfolge? Findet eine neue Strukturprüfung statt? Gibt es einen Abrechnungsausschluss? Wie sieht eine Übergangslösung aus? Wie wirken hier gerichtliche Entscheidungen? Wie werden gekürzte Pflgetage im Rahmen der Personaluntergrenzen gewürdigt? Wenn Qualitätsprüfungen abseits der OPS-Strukturprüfungen erfolgen, die weiterhin über die Krankenkassen beauftragt und entschieden werden – wie gehen die Parteien mit kollidierenden Ergebnissen um?

Entgegen der ursprünglichen Intention der Entbürokratisierung zeigt sich eine weitere Zunahme der Dokumentation. Zum einen in der Detailliertheit der Begründungen der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit im Rahmen der Abgrenzung

## Seminare der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg

**7. – 9. Mai 2020:** Intensivseminar Medizincontrolling inkl. MDK-Reformgesetz

**11. Mai 2020:** Kodierabteilungen erfolgreich leiten

**12. Mai 2020:** Dokumentation, Kodierung und Abrechnung in der Psychiatrie und Psychosomatik

**13. Mai 2020:** Heidelberger Gesprächsrunde Medizinrecht inkl. MDK-Reformgesetz

**14. Mai 2020:** Excel Seminar

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling unter <http://www.medizincontroller.de/seminare>.

zu ambulanten Leistungen (primäre Fehlbelegung). Zum anderen aber im Erörterungsverfahren. Wenn eine Präklusion für die Themen im Gerichtsverfahren erfolgt, also ein Ausschluss des Vorbringens des Krankenhauses, soweit es nicht mit den Krankenkassen erörtert wurde, dann stellt sich die Frage, wie detailliert die Erörterung geführt werden muss. Ist die gesamte Patientenakte einzeln zu besprechen? Darf man diese vorab an den Sachbearbeiter der Krankenkasse schicken? Wie muss die Erörterung dokumentiert werden? Ein Kreuzchen auf einem Formular dürfte wohl nicht reichen...

Sorge breitet das Thema des Zahlungsverhaltens der Krankenkassen in der Praxis. Viele Medizincontroller melden zurück, dass sie stark verspätete Zahlungseingänge verzeichnen, teilweise seien Vergütungen komplett zurückbehalten, bis die Entscheidung, ob eine Prüfung erfolgt, getroffen wurde. Da einige Kassen „containern“ wollen, d.h. bis zum Ablauf des Prüfquartals warten, wird in den Abrechnungsabteilungen eine hohe Variabilität an Interpretationen der Zahlungspflicht der Krankenkassen und der Aufrechnungsmöglichkeiten verzeichnet. Eine gesetzliche Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen würde hier deutlich entlastend wirken.

Wie sollen nun die Rückstellungen berechnet werden? Wie werden die offenen Posten dokumentiert? Was ist mit der Abbildung der Liquidi-

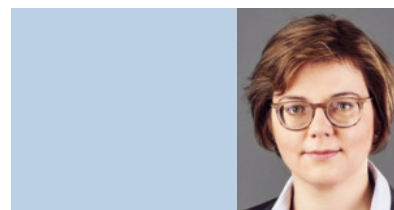
tät? Wie können Prüfquoten und Sanktionszahlungen validiert werden? Was ist, wenn interne und externe Berechnungen auseinanderfallen? Der Rechtsschutz ist stark eingeschränkt und aufgrund der Verfahrensdauer der Sozialgerichtsbarkeit wenig hilfreich.

In der Bewertung aus Sicht der Medizincontroller wurde die Intention des Gesetzgebers ins Gegenteil verkehrt: Die Komplexität des Systems nimmt zu, die Bürokratisierung steigt, noch weniger Personal ist infolge der steigenden Dokumentationsumfänge am Krankenbett. Letztlich setzt sich die Aufrüstung auf allen Seiten fort, das Misstrauen nimmt zu und eine weitere Verrechtlichung demotiviert die Verfahrensbeteiligten!

Es folgt die Paralyse durch die Analyse und das Empfinden der Überregulierung nimmt ebenso zu. Am stärksten trifft die Medizincontroller mit der Strafzahlung jedoch die Kodifizierung eines Generalverdachts. Da es die richtige Kodierung nicht gibt, wie es auch das Positionspapier der DGfM verdeutlicht hat, kann es auch keine Falschabrechnung geben – insbesondere dann nicht, wenn die ex-ante-Sicht des aufnehmenden Arztes in der Klinik und die ex-post-Betrachtung der im Medizinischen Dienst tätigen Ärzte aufeinander treffen. Denn knapp 70 Prozent der Abrechnungsprüfungen betreffen das Thema Verweildauer. Hier fehlt es in der Praxis begleitend an den prä- und poststationären bzw. am-

bulanten Versorgungsstrukturen, z.B. Übergangs- und Kurzzeitpflege.

Aktuell werden diese Fragestellungen gesammelt und im Rahmen des Vorstandes und des Präsidiums aufbereitet. Im Rahmen der kommenden Sitzungen erarbeitet der Vorstand die entsprechenden Stellungnahmen für die Gremien. Auf diversen Veranstaltungen weisen wir auf die Probleme der im Medizincontrolling tätigen Mitglieder in der Umsetzung des Gesetzes hin. Es ist unser Ziel, in der hochemotional geführten Diskussion durch eine Versachlichung der Debatte auf eine positive Veränderung hinzuwirken. Daher bedanken wir uns im Vorstand besonders herzlich bei unseren Mitgliedern für ihre zahlreichen Hinweise und Anfragen, die es ermöglichen, aus der Praxis heraus auf Fehlentwicklungen und Umsetzungsprobleme aufmerksam zu machen. ■



Prof. Dr. Erika Raab

**Prof. Dr. Erika Raab, MBA**  
stellv. Vorsitzende der DGfM  
[erika.raab@medizincontroller.de](mailto:erika.raab@medizincontroller.de)

## BEILAGEN

### KU Gesundheitsmanagement – März 2020

Beachten Sie bitte folgende Beilagen in dieser Ausgabe:

**DVKC Deutscher Verein für Krankenhaus-Controlling e.V.**  
Alt-Moabit 91  
10559 Berlin

**Messe Berlin GmbH**  
Messedamm 22  
14055 Berlin

