



# MDK Reformgesetz – Top oder Flop?

## Eine Bewertung der praktischen Umsetzbarkeit

Von Dr. Nikolai von Schroeders

**M**it dem MDK Reformgesetz hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Thema angegangen, das – wie viele andere auch – viele Jahre im lähmenden Zerrren der Selbstverwaltung Kranken-

den aktuellen Stand der Gesetzgebung bewerten. Positive oder negative Effekte auf die Interessen der eher als Widersacher denn als Partner agierenden Kostenträger und Leistungserbringer sieht und kommen-

Wert auf eine Ausgewogenheit der Maßnahmenpakete gelegt wurde: Viele der zu erwartenden Änderungen werden die Akteure empfindlich treffen und sie vor große Herausforderungen stellen. Jedoch stehen die Module sich meist paarweise gegenüber, so dass die Einschnitte sie zwar vor große Aufgaben stellen, jedoch nicht einseitig Vor- oder Nachteile erzeugen, ohne einen adäquaten Ausgleich gegenüber zu stellen.

**„Die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen zielen auf eine Aufwandreduktion des Verfahrens im Ganzen, eine Reduktion von streitbefangenen Themen sowie die Reduktion von Fehlanreizen.“**

häuser und Kassen daran hinderte, sich auf ihre eigentlichen Aufgaben zu konzentrieren. Nicht zuletzt durch kontroverse Diskussionen der Inhalte des Positionspapiers der DGfM ist Bewegung entstanden, die Hoffnung auf Verbesserungen macht. Im Prozess der Entwicklung des Referentenentwurfes, dessen Diskussion und den Überlegungen zur Umsetzung im praktischen Alltag hat die DGfM sich aktiv eingebracht. Dabei fokussiert sie sich darauf, einen Beitrag für Alltagstauglichkeit des Prüfungssystems zu leisten, um in Krankenhäusern, bei Kassen und MDKs schlankere Prozesse zu ermöglichen. Dies wird wieder eine stärker auf die Patientenversorgung fokussierte Verwendung der begrenzten Mittel ermöglichen. In diesem Sinne soll dieser Monatsbeitrag

tiert die DGfM dabei zwar, das Eintreten für eine Verschiebung zur einen oder anderen Seite sieht sie jedoch als Aufgabe der DKG und des GKV Spitzenverbandes.

Die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen zielen auf eine Aufwandreduktion des Verfahrens im Ganzen, eine Reduktion von streitbefangenen Themen sowie die Reduktion von Fehlanreizen. Auch die im Koalitionsvertrag vereinbarte Stärkung der Neutralität des MDK wurde versucht, hier umzusetzen. Massive Auswirkungen wird das Gesetz zudem auf die Frage der Struktur ambulanter Leistungserbringung an der Sektorengrenze haben.

Bei der Betrachtung des Gesetzentwurfes wird deutlich, dass großer

Die größte Schwäche zeigt das Gesetz bei der Umsetzung der „Neutralität des MDK“: Die geplanten Änderungen in dessen Organisationsstruktur werden vermutlich kaum einen Effekt auf die Prüfpraxis haben. Hieran wird deutlich, dass die Ursache einer einseitigen Nutzsituation des derzeitigen Systems seine Ursache nicht beim MDK selbst hat: Dieser ist nur Auftragnehmer – jedoch durch die inhaltliche Steuerung der Fallauswahl und Fragestellung zur Prüfung durch die Krankenkassen gar nicht in der Lage, eine auf faire Vergütung stationärer Leistungen im Ganzen ausgerichtete Begutachtung durchzuführen. Das Bestreben, an diesem Kern des Problems durch eine grundsätzlich veränderte Herangehensweise an die Prüfungssystematik etwas zu ändern, ist dem Entwurf des Gesetzgebers nicht zu entnehmen.

Module des Gesetzes und Einschätzung ihrer Wirksamkeit, prak- ►

Maßnahme	Wirksamkeit	Alltags-tauglichkeit	Chance Zielerreichung	nutzt vor allem
Prüfquoten gedeckelt	++	++	☺	KH
Prüfquotengruppen	+	+	☹	KH
Nachabrechnungsverbot	++	++	☺	KK
Strukturprüfungen separiert	++	++	☺	System
Gestärkter Schlichtungsausschuß	++	+	☺	System
Vergütung ambulanter Leistungen im KH ab 2022	0	0	☹	System
Neutralität der des MDK	--		☹	KH

**Abb.: Module des Gesetzes und Einschätzung ihrer Wirksamkeit, praktischer Umsetzbarkeit und der Chance auf Erreichung der angestrebten Ziele**

tischer Umsetzbarkeit und der Chance auf Erreichung der angestrebten Ziele finden Sie in der ► Abbildung.

**1.) Neugestaltung der Einzelfallprüfung**

Vorgesehen ist die quartalsweise Einordnung aller Kliniken in Prüfquotengruppen in Abhängigkeit von den im Vorvorquartal bei den Kassen eingegangenen Anteilen zu korrigierender Rechnungen. Dabei erfolgt eine Begrenzung der Prüfquoten, die für die meisten Kliniken eine deutliche Reduktion der Prüfungen zur Folge haben dürfte. Trotz der am Anfang vermutlich herausfordernden Ermittlung der Gruppen führt diese Neuordnung zu einer faireren und auf tatsächliche Fokusfälle reduzierte Prüfung. Neue Fehlanreize könnten die starren Zuordnungskorridore erzeugen: Gerade in den ersten Jahren können gezielte Fokussierungen der Prüfungen auf „leichte Beute“ wie zum Beispiel Fälle nah der unteren Grenzverweildauer eine (zu) hohe Zahl von Kliniken in den Bereich von Korrekturen >60% bringen. Einfach auflösbar wäre dies durch eine Quartilszuordnung. Wertvoll wäre für die operative Umsetzung die Klarstellung des Begriffes „unbeanstandete Rechnung“ als Rechnung ohne eine Änderung des DRG-Costweights und der Berechnungstage. Andernfalls wären Streitigkeiten durch Detailanpassungen bei der Kodierung oder das Streichen von Behandlungstagen ohne Auswirkung auf die DRG und den Erlös vorprogrammiert.

Eine große und in der Kürze der Zeit kaum zu bewältigende Herausforderung stellt das parallel zur Prüfquotendeckelung festgelegte Rechnungskorrekturverbot für Kliniken dar: Konnten bisher bei vermuteten Optimierungspotenzialen ganzjährige Leistungsdaten in systematischen Optimierungsprojekten nachabgerechnet werden, müssen die Kliniken nun binnen weniger Monate für jeden Einzelfall die systematische Prüfung auf komplett ausgeschöpftes Abrechnungspotenzial vor der ersten Fallabrechnung realisieren. Ein Scheitern an diesem Thema kann für die Kliniken schnell existenziell bedrohliche Konsequenzen haben.

**2.) Ausgliederung der Strukturprüfungen**

Mit dieser Maßnahme wird auf einfache und wirksame Weise eine Entzerrung der Einzelfallprüfungen und eine Reduktion von Streitpotenzialen erreicht. Bei vielen Kliniken und MDKs sind diese Prüfungen bereits etabliert und standardisiert, Kliniken ohne Erfahrungen mit diesem Thema können sich im kollegialen Austausch relativ einfach auf dieses Thema vorbereiten und hier eine gute Planungssicherheit erreichen. Notwendig für ein bundesweit einheitlich und kooperativ funktionierendes System ist eine Aufgliederung der Inhalte betroffener OPS Codes (insbesondere Komplexbehandlungen) nach Leistungsmerkmalen im Einzelfall einerseits und nachzuweisende Strukturmerkmalen des Krankenhauses oder der Fachabteilung(en) andererseits.

**3.) Systematische Klärung offener Streitthemen**

Durch die Festlegung einer schnellen und Klarheit schaffenden Arbeitsweise des Schlichtungsausschusses Bund inkl. eindeutiger Fristen und einem klaren Aufgabenpaket für den Start wird erwartet, dass Themen, die bisher zu einer Unzahl unnötiger Streitigkeiten und Sozialgerichtsklagen geführt haben, schnell entschärft werden können.

**4.) Neustrukturierung ambulanter Leistungserbringung**

Durch das Einbeziehen von Rechnungsänderungen primärer und sekundärer Fehlbelegung in die Prüfquotenermittlung wird das Thema einer Ausgliederung ambulant erbringbarer Leistungen aus dem stationären Behandlungsvolumen schnell zum Fokusthema werden. Hier entsteht ein hohes Risiko, Leistungen unter Druck aus den Kliniken ausgliedern zu müssen, ohne dass für die Versicherten bereits alternative Versorgungsangebote aufgebaut werden konnten. Welche Optionen honorierter ambulanter Leistungserbringung für Kliniken entstehen werden, wird frühesten zum Ende des Jahres 2021 bewertet werden können. Die Gestaltung und Finanzierung notwendiger Strukturänderungen bleibt bis dahin offen und macht eine strategische Planung in diesem Thema nahezu unmöglich. Wichtig für die neu zu planenden Vergütungsmodelle an der Sektorengrenze ist die Aufteilung der Vergütung in die Kernleistungsvergütung und den finanziellen Ausgleich für optional notwendige Überwachung des Patienten z.B. über eine oder mehrere Nächte im Anschluss. Nur so kann der regelmäßige Streit im Bereich der unteren Grenzverweildauer systematisch aufgelöst werden.

**5.) Aufrechnungsverbot und Strafzahlungen bei Rechnungskorrektur**

Mit diesen beiden Vorgaben konfrontiert der Gesetzgeber Kassen und Kliniken mit bitteren Pillen um aktuell bestehenden Fehlanreizen möglichst wirkungsvoll zu begegnen. Mit dem Aufrechnungsverbot wird künftig verhindert, dass Krankenhäuser durch den Aufbau finanziellen Drucks bei Massenaufrechnungen in die Insolvenz getrieben

werden können. Die Strafzahlungen bei einer hohen Quote von Rechenkorrekturen hingegen soll Kliniken mit vermutlich systematisch überhöhten Abrechnungen den An-

Regionen für die ambulante Versorgung ansonsten unversorgter Patienten zu bestrafen. Hier ist ein gutes Augenmaß und die Suche nach pragmatischen Lösungen gefordert,

kommen. Durch den langen Investitionsstau der Korrekturen, der nun auf einen Schlag aufgelöst werden soll, stellt es beide Seiten vor große Herausforderungen. Diese nun in einem neuen Geist von Kooperativität und Pragmatismus anzugehen ist eine Aufgabe der Selbstverwaltung, deren Erfolg sich jeder wünschen sollte. ■

**„Das MDK Reformgesetz bietet eine große Chance, ein gescheitertes System aufzubrechen und zu einer fairen Prüfung der Abrechnungen stationärer Krankenhausleistungen zu kommen.“**

reiz zur Überoptimierung nehmen. Beide Maßnahmen beinhalten Risiken erneuter Eskalation der Streitigkeiten. Das Aufrechnungsverbot dreht den Spieß um, nun erhalten Kliniken die Option, durch das Verzögern von endgültigen Fallklärungen die Liquiditätsslage auf beiden Seiten zu beeinflussen. Die Strafzahlungen könnten sogar dazu führen, Kliniken in versorgungsschwachen

so lange keine systematisch veränderten Vergütungsstrukturen aus dem Gutachten zu ambulanten Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser entstanden sind.

Das MDK Reformgesetz bietet eine große Chance, ein gescheitertes System aufzubrechen und zu einer fairen Prüfung der Abrechnungen stationärer Krankenhausleistungen zu

**Dr. med. Nikolai von Schroeders**  
Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling  
Nikolai.Schroeders@medizincontroller.de



Dr. Nikolai von Schroeders

# KU FACHBEIRAT



**Dipl. Kfm. Peter Asché**  
Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD),  
Kaufmännischer Direktor der Uniklinik RWTH Aachen



**Heinz Kölking**  
Geschäftsführer Klinik Lilienthal im Artemed Verbund,  
Präsidiumsmitglied der Europäischen Vereinigung der Krankenhausdirektoren (EVKD)



**Dipl.-Volkswirtin Brigitte Scharmach**  
Geschäftsführerin Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH



**Prof. Dr. med. Andreas Becker**  
Institut Prof. Dr. Becker, Rösrath



**Thomas A. Kräh**  
Geschäftsführer medius KLINIKEN



**Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert**  
Vorsitzender der Geschäftsführung Paracelsus Kliniken Deutschland



**Xaver Frauenknecht MBA**  
Vorsitzender des Vorstandes Sozialstiftung Bamberg



**Dr. Nicolas Krämer**  
Geschäftsführer Rheinland Klinikum



**Benedikt Simon**  
Geschäftsführer (Chief Development Officer) Business Development MEDIAN Kliniken



**Ralf Heyder**  
Generalsekretär Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)



**Prof. Dr. Julia Oswald**  
Professorin für Betriebswirtschaftslehre, insbes. Krankenhausfinanzierung und -management, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Hochschule Osnabrück



**Dr. Christian Stoffers**  
Leiter Zentralreferat Marketing Marien Gesellschaft Siegen gGmbH



**Dr. med. Erwin Horndasch**  
Leiter Medizincontrolling, Stadtkrankenhaus Schwabach gGmbH



**Prof. Dr. Volker Penter**  
Partner – Niederlassungsleiter – Gesundheitsexperte, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



**Dipl. Kfm. Kai Westphal**  
Vorstand der Refahfachgruppe im VKD Geschäftsführer der Johann-Wilhelm-Ritter-Klinik Bad Rothenfelde



**Horst A. Jeschke**  
Beratung im Gesundheitswesen



**Dr. rer. cur. Sabine Proksch**  
Pflegedirektorin Klinikum am Steinberg/Ermstallklinik Kreiskliniken Reutlingen GmbH

