

Foto: aleksandarfilip – Fotolia

Der Anfang ist gemacht

Herausforderungen des MDK-Reformgesetzes für Aufbau- und Ablauforganisation eines modernen Medizincontrollings

Von Jens-Uwe Földner

Getrieben durch die bisherigen Fehlanreize im Vergütungssystem und fehlende Reglementierungen der Abrechnungsprüfung entstand eine Spirale des Misstrauens und des administrativen Wetttrübens zwischen Krankenseite und Kostenträgern. So entwickelten sich das Management von MDK-Anfragen, die Gutachtenbearbeitung sowie die leistungsrechtliche Auseinandersetzung mit den Kostenträgern in vielen Krankenhäusern zum Kerngeschäft des Medizincontrollings. Neben dem gefühlten „Kampf gegen Windmühlen“ führte dies entweder zu einer Verlagerung der knappen Personalressourcen zu Lasten einer korrekten und vollständigen Primärkodierung oder zur Schaffung neuer administrativer Strukturen im Medizincontrolling. Die Vielzahl der aktuellen Stellenausschreibungen für den Bereich MDK-Management bestätigen diesen Trend.

Hier setzt der vorliegende Kabinettsentwurf ein klares Zeichen durch eindeutige Anreize hin zur korrekten Abrechnung und einer daran angepassten Abrechnungsprüfung. Durch den Ausschluss einer nachträglichen

Rechnungskorrektur in der Neufassung des § 17c Abs. 2a KHG wird die Primärkodierung von Krankenhausleistungen wieder deutlich an Qualität gewinnen müssen, um drohende Erlösverluste für die Krankenhäuser zu vermeiden. Dazu ist es erforderlich, innerhalb des Medizincontrollings den Fokus wieder verstärkt auf ein hohes Qualifikationsniveau der Kodierfachkräfte zu legen und durch klare Organisationsstrukturen für entsprechenden Rückhalt und Durchsetzungskraft zu sorgen. Dies ist insofern prioritär, da es in den Krankenhäusern eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle der Organisation von Primärkodierung gibt. Jedes dieser Modelle hat grundsätzlich seine Berechtigung und war zum Zeitpunkt seiner Implementierung sicherlich passgenau auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der einzelnen Klinik adaptiert. Hier ergibt sich durch die Vorgaben des MDK-Reformgesetzes nun die Chance zu prüfen, ob das gewählte Modell den neuen Erfordernissen genügt oder ob Organisationsveränderungen notwendig sind. Um den neuen Anforderungen gerecht zu werden, erscheint es von Vorteil, die Primärkodierung bzw. die Kodierfachkräfte in einer Li-

Unstreitig stellt der vorliegende Kabinettsentwurf für das MDK-Reformgesetz einen Paradigmenwechsel für alle Player auf dem Spielfeld der stationären Krankenversorgung dar. Auf Krankenseite wird einmal mehr das Medizincontrolling im Zentrum der notwendigen Veränderungs- und Anpassungsprozesse stehen. Die Herausforderungen werden gleichsam aber nicht geringer. Gleichzeitig macht der Fachkräftemangel auch vor dem Medizincontrolling nicht halt, so dass auch hier klare Konzepte und eine gute Strukturierung der Aufgabenbereiche einen Wettbewerbsvorteil darstellen können.

Keywords: Medizincontrolling, Strategie, Fachkräftemangel

nienorganisation (► Abb. 1, S. 26) oder idealerweise Matrixorganisation (► Abb. 2, S. 26) – wenn nicht schon geschehen – dem Medizincontrolling zuzuordnen. Reibungsverluste durch Informationsdefizite zwischen einzelnen Abteilungen sind unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen teuer und vor allem nicht mehr korrigierbar (vgl. § 17c Abs. 2a KHG). ►

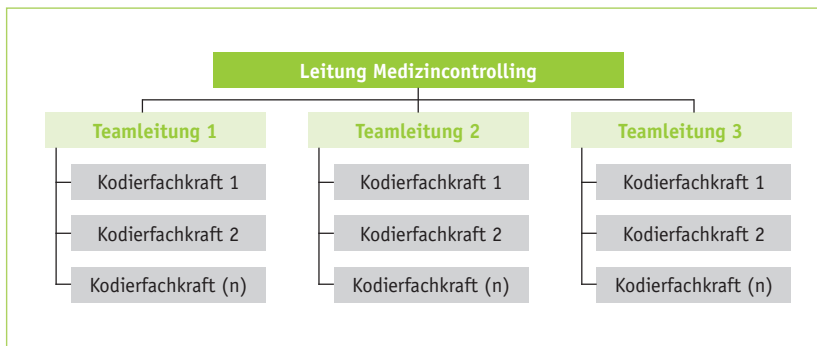


Abb. 1: Linienorganisation Medizincontrolling mit optionalen Teamleitungen

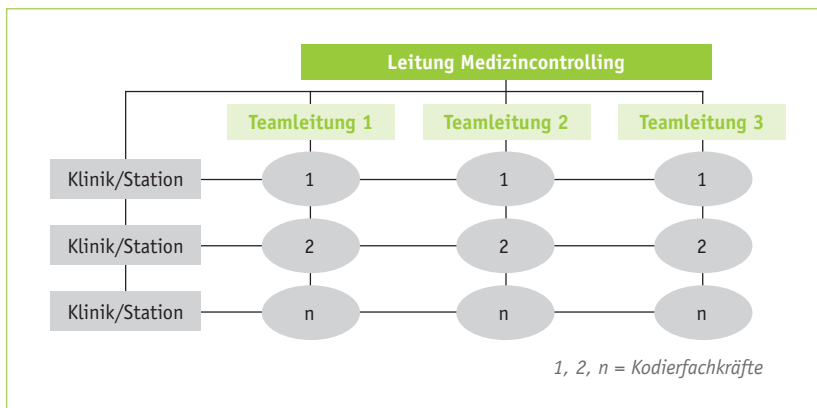


Abb. 2: Matrixorganisation Medizincontrolling

Vom Massengeschäft zum MD(K)-Controlling

Die flächendeckende deutliche Zunahme der Überprüfung von Krankenhausrechnungen durch die Kostenträger in der gesamten Spannweite der von SGB V und PrüfvV vorgegebenen Möglichkeiten führte in der Vergangenheit zu einer spürbaren Belastung des Gesundheitssystems im Allgemeinen und zu erheblichen Mehrbelastungen des Medizincontrollings im Speziellen. In vielen Häusern ist das Versenden von Patientenunterlagen – mehr oder weniger digital – in den Mittelpunkt der täglichen Arbeitsroutinen des Medizincontrollings gerückt. Eine konzeptionelle oder gar klassischen Managementprozessen folgende Bearbeitung der MDK und Kassenanfragen scheitert vielerorts schlichtweg an fehlenden personellen Kapazitäten. Durch den vorliegenden Kabinettsentwurf des MDK-Reformgesetzes ändern sich die Rahmenbedingungen diesbezüglich für alle Beteiligten grundlegend. In Zukunft wird die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen. Dazu wird ab dem Jahr 2020 eine maximale Prüfquote (10 Prozent) je Krankenhaus und Krankenkasse bestimmt, die den Umfang der Prüfungen begrenzt.

Ab dem Jahr 2021 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den MD(K) eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus, (vgl. § 275c Abs. 2 SGB V). Gleichzeitig wird durch die Formulierungen des § 275c Abs. 3 SGB V ein Aufschlag zum Rückzahlungsbetrag (sog. „Strafzahlung“ bei beanstandeter Rechnung) festgelegt – mit max. 1.500 Euro pro Fall für das Krankenhaus eine durchaus empfindliche Höhe. Die Möglichkeiten, die Höhe der Prüfquoten und der Strafzahlungen direkt und unmittelbar beeinflussen zu können, erfordert im Medizincontrolling der meisten Krankenhäuser eine tiefgreifende Prozessreorganisation. Die Etablierung eines eigenständigen MD(K)-Managements innerhalb der jeweiligen Organisationsform des Medizincontrollings (z.B. als Stabsstelle der Leitung) erscheint dabei dringend indiziert. Losgelöst von Fragestellungen der Primärkodierung kann so die notwendige Fokussierung auf ein strukturiertes und kontinuierliches Monitoring des gesamten MD(K)-Prozesses erfolgen. Weiterhin entlasten eigenständige MDK-Manager die operativ tätigen Medizincontroller/Teamleiter

von administrativen Prozessen (z.B. Aktenversand) und schaffen so die notwendigen Ressourcen für die Verbesserung der Primärkodierung. Gleichzeitig ist eine kontinuierliche Überwachung der Prüfrate sowie eine Analyse der Verlustgründe bei beanstandeten Abrechnungen jetzt ein absolut notwendiger Mechanismus der Erlössicherung und dient zur Entwicklung neuer und tragfähiger Abwehrstrategien.

Strukturprüfung als neues – gesetzlich legitimes – Instrument

Auch wenn sie in vielen Krankenhäusern bereits gelebte Realität sind, fehlte den sog. Strukturprüfungen bisher die rechtliche Legitimation. Ebenso war die Art ihrer Durchführung bzw. der Umgang mit den Ergebnissen auf leistungrechtlicher Ebene bei den einzelnen Protagonisten höchst unterschiedlich. Diese gesetzliche Lücke schließt der vorliegende Kabinettsentwurf mit der Neueinführung des § 275d SGB V. Neben dieser Klarstellung der damit verbundenen Hoffnung auf Vereinheitlichung des Prüfregimes bzw. Transparenz von Ergebnissen dieser Prüfung, stellt die Strukturprüfung neue Herausforderungen an das Medizincontrolling. Waren bisher die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes regelmäßig Bestandteil im Rahmen von Einzelfallprüfungen, werden sie zukünftig krankenhausbefunden im Voraus, d.h. vor Leistungserbringung und außerhalb der Einzelfallprüfungen geprüft. Die bisher bestehenden Probleme des Datenschutzes bei der Übermittlung von personen- und einrichtungsbezogenen Daten (z.B. Qualifikationsnachweise) sind durch § 275d SGB V ebenfalls gelöst. Für die Krankenhäuser und insbesondere für das Medizincontrolling ist es daher unumgänglich, bisherige krankenhauserne Barrieren in der Informationsbeschaffung zu beseitigen und klare Kompetenzen sowie Verantwortlichkeiten für Vorbereitung und Durchführung von Strukturprüfungen zu schaffen.

Gleichzeitig ist es erforderlich, entsprechende Organisationsstrukturen für ein kontinuierliches Monitoring der Strukturmerkmale aller einschlägigen OPS-Komplexbehandlungskodes eines Hauses zu etablieren, um der gesetzlich fixierten Meldepflicht des § 275d Abs. 3

SGB V nachkommen zu können. Halten Krankenhäuser eines oder mehrere der im Rahmen einer Strukturprüfung nachgewiesenen Strukturmerkmale nicht länger ein, haben sie dies nach einem Monat unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen. Die Regelung gewährleistet, dass Krankenhäuser die Leistungen weiterhin abrechnen können, wenn eines oder mehrere Strukturmerkmale nur kurzfristig, zum Beispiel durch ein defektes Großgerät oder durch Krankheit von Schlüsselpersonen, nicht erfüllt sind. Auch wenn die Folgen einer Nichteinhaltung, ebenso wie die konkrete Durchführung der Strukturprüfungen bzw. deren Wiederholungsfrequenz in einer noch zu beschließenden Richtlinie über die Durchführung der regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d Nr. 3 SGB V fixiert werden sollen (spätestens zum 30.04.2020) sollte dieser Aufgabenbereich im Medizincontrolling ablauforganisatorisch bereits jetzt geklärt werden.

Mit seinem klaren Bekenntnis zur korrekten Abrechnung und einer adäquaten Abrechnungsprüfung mit durchaus ausgewogenen Sanktionsmechanismen für beide Seiten sorgt der vorliegende Kabinettsentwurf des MDK-Reformgesetzes für Aufatmen bei den Medizincontrollern. Gleichermaßen müssen wir uns auch auf geringere Höhen der primären Krankenhausabrechnung durch den Wegfall von Anreizen zur Erlösmaximierenden Kodierung bzw. zur nachträglichen Rechnerkorrektur einstellen. Ob dies durch den Rückgang unberechtigter bzw. willkürlicher Rechnerkürzungen kompensiert wird, bleibt dabei abzuwarten. Erstmals in der Geschichte des leistungsorientierten Vergütungssystems aber haben die Krankenhäuser und allem voran die Medizincontroller die Chance, durch systematische Verbesserungen im Bereich der Primärkodierung und des MDK-Managements die Prüfrate und die Höhe des Aufschlags zum Rückzahlungsbetrag aktiv zu beeinflussen. Wer allerdings glaubt, dass dieser Prozess ein Selbstläufer und ohne Strukturveränderungen um-

setzbar ist, wird enttäuscht werden. Um den Herausforderungen gewachsen zu sein, ist ein erneuter tiefgreifender Transformationsprozess im Medizincontrolling erforderlich. Gleichzeitig erinnert es aber auch daran, warum man sich ursprünglich für eine Tätigkeit in diesem Bereich entschieden hat: Die Entwicklung bzw. Anpassung von Organisationsstrukturen im Krankenhaus im Kontext zu den sich ständig verändernden Rahmenbedingungen aktiv mitzugestalten. ■

Jens-Uwe Földner LL.M.
 Vorsitzender des Regionalverbandes
 Mitteldeutschland der DGfM
 Jens-Uwe.Fueldner@medizincontroller.de



Jens-Uwe Földner

IMPRESSUM

Herausgeber/Verlag: Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, E.-C.-Baumann-Straße 5, 95326 Kulmbach
 Tel. 09221/949-311
 Fax 09221/949-377

Geschäftsführer: Walter Schweinsberg
 Bernd Müller

Objektleitung: Anette Bayerlein, Tel. 09221/949-320
 a.bayerlein@mgo-fachverlage.de

Redaktion: Birgit Sander, Tel. 09221/949-217
 b.sander@mgo-fachverlage.de
 Anna Zarling, Tel. 09221/949-224
 a.zarling@mgo-fachverlage.de

Mediaberaterin: Renate Partenfelder, Tel. 09221/949-395
 r.partenfelder@mgo-fachverlage.de

Vertrieb: Rowena Piskol, Tel. 09221/949-311
 vertrieb@mgo-fachverlage.de

Anzeigenpreisliste: Nr. 64 vom 1.1.2019

Druck: creo Druck & Medienservice GmbH, Bamberg

Herstellung: Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG

Das Heft liegt für Abonnenten der KU Gesundheitsmanagement der Ausgabe 9/2019 kostenlos bei.

Manuskriptinweise: Es werden nur Beiträge angenommen, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Der Verlag geht davon aus, dass der Autor für alle zur Publikation eingereichten Texte und Abbildungen das Recht zur Veröffentlichung hat und Urheberrechte Dritter nicht berührt sind. Der Verlag behält sich vor, die eingereichten Arbeiten redaktionell zu bearbeiten. Autorenrichtlinien können von der Redaktion angefordert werden.

Copyright: Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht vor, die Zeitschrift oder Teile davon in sämtlichen Medien zu verbreiten. Das gilt auch für Übersetzung, Nachdruck, Fotokopie, Speicherung auf elektronischen Medien und Onlineverwertung.

Auflagenkontrolle durch IVW 

mg^o fachverlage Eine Marke der Mediengruppe Oberfranken