



Prüfquote, Schlussabrechnungen und Aufschlagshöhe

Wer hat seine Daten im Griff?

Von Dr. med. Jörg Liebel und Dr. med. Sascha Baller

Bei der Frage nach Beatmungsstunden und dem Geburtsgewicht kennen sowohl die Kostenträger als auch die Leistungserbringer erbitterte und emotional geführte Diskussionen. Minimale Änderungen wie zum Beispiel 1g Geburtsgewicht oder eine Beatmungsstunde können den Erlös um tausende von Euros ändern. Mit dem MDK Reformgesetz und dessen Ausgestaltung steht zu erwarten, dass dieser Liste ein weiterer Punkt hinzugefügt worden ist: Die Ermittlung der Prüfquoten und die Aufschläge auf Rechnungs differenzen!

Die Pandemiesituation durch Corona sorgte zwar auf Seiten der Krankenhäuser zunächst für eine recht kalkulierbare Situation mit der Einfrierung der Prüfquoten und dem Verzicht auf den Großteil der Sanktionen. Um so mehr steht zu erwarten, dass für die Aufnahmen ab dem 1.1.2022 entsprechend hart diskutiert werden wird.

Einen ersten Vorgeschmack zeigte die Diskussion um die Definition des Bezugsdatums für die Ermittlung der erlaubten Prüfquote. Nach einem erbitterten Streit wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit eine Ergänzungsformulierung im „Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege“ eingebracht. Der Krankenseite – vertreten durch die DKG – erschien die Bezugnahme auf das Rechnungsdatum im

betroffenen Quartal logisch. Die Kostenträger – vertreten durch den GKV-Spitzenverband – erschien das Datum der Beauftragung des MD wünschenswerter. Dies ist insofern nachvollziehbar, da dies eventuelle Verzerrungen durch „strategische“ Rechnungsstellung durch die Krankenhäuser unwahrscheinlicher macht. Die Möglichkeiten zur „strategischen“ Prüffallauswahl wäre somit aber in die Hände der Krankenkassen gelegt worden.

Bedauerlicherweise hat der Gesetzgeber einmal mehr wenig Sinn für Praktisches gezeigt und die für die Leistungserbringerseite intransparenteste Formulierung gewählt. „Maßgeblich für die Zuordnung einer Prüfung zu einem Quartal und zu der maßgeblichen quartalsbezogenen Prüfquote ist“ nämlich „das Datum der Einleitung der Prüfung.“ Im Klartext bedeutet dies, dass ein bilateraler Informationstransfer zwischen Kostenträger und Medizinischem Dienst, an dem die Leistungsträger nicht partizipieren als Kriterium herangezogen wird. Laut Informationen von DGfM-Mitgliedern kündigen einzel-

ne Krankenkassen bereits an, ihr Prüfkontingent erst zum Quartalsende an den MD zu melden, um damit die maximal mögliche Retaxierung und die minimal mögliche Quote an nicht minderungsfähigen Schlussrechnungen zu erreichen.

Die im Schlichtungsverfahren festgelegte Version der PrüfvV (Gültigkeit ab 1.1.2022) fixiert die Frist zur Einleitung einer Prüfung auf 4 Monate. Dadurch ist eine weitere erhebliche Steuerung in Bezug auf das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenversicherer zu erwarten.

Im Zusammenhang mit dem MDK Reformgesetz wies DGfM-Präsidiumsmitglied Dr. Frank Reibe in einem Artikel darauf hin, dass erfolgreiche Widersprüche keinen Einfluss auf die durch den GKV-Spitzenverband ermittelte Prüfquote haben. Man fragt sich, ob irgendwo in unserer Geschäftswelt eine Ermittlung von Quoten mit so weitreichenden Sanktionen im fortfolgenden Quartal und mit Strafzahlungen alleine auf Basis einer ersten Stellungnahme getroffen wird. Zu-

„Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass das [...] geänderte Prüfverfahren mehr Manipulationsmöglichkeiten bietet, als dies bisher der Fall war.“



Dr. med. Jörg Liebel

Anteil unbeanstandeter Abrechnungen	Prüfquote	Aufschlag
≥ 60 %	5 %	Kein Aufschlag
≥ 40 % und < 60 %	10 %	25 % auf Differenzbetrag
< 40 %	15 %	50 % auf Differenzbetrag

Ausnahme: Bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen **kleiner 20 %** oder einem **begründeten Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung**, ist auch nach Erreichen der krankenhausbezogenen Prüfquote vor Ende eines Quartals eine Prüfung einzuleiten. Das Vorliegen der Voraussetzungen ist bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen.

Abb. : Tabellarische Darstellung der festgelegten Quoten und Aufschlags-höhen.

mal – allen gegenteiligen Beteuerungen zum Trotz – die Neutralität der MD-Gutachter nicht sicher gewährleistet werden kann und für jedes Gutachten im Durchschnitt nur wenige Minuten Bearbeitungszeit zur Verfügung stehen. Im Zusammenhang mit der durch den GKV-Spitzenverband gesteuerten Prüfpraxis bleiben für die Krankenhäuser Fragen, die zum heutigen Zeitpunkt noch nicht rechtssicher beantwortet werden können. Selbstverständlich soll jedes Krankenhaus die Prüfaufträge der Kassen monitoren. Dabei bleibt jedoch offen, ob dies im Rahmen

„Fairness first“ muss die Devise sein.“



Dr. med. Sascha Baller

einer dauerhaften Prüfung oder durch eine Stichprobenprüfung erfolgen kann. Wer ist Ansprechpartner, wenn die Zahlen differieren? Wo kann man sich über eine mutmaßliche Falschermittlung beschweren?

Nichtsdestotrotz stehen den Krankenhäusern Möglichkeiten zur Verfügung, sich auf die geänderten Rahmenbedingungen einzustellen.

- Die Neuabrechnung von bereits abgerechneten Fällen bis Ende 2021 bleibt möglich. Man muss sich wohl den Vorwurf gefallen lassen, dies sei gleichsam ein zweiter Versuch nachdem man bereits zu schnell von der Radar-falle aufgenommen wurde.
- Das sattsam bekannte Instrument des Falldialogs darf genutzt werden, um beispielsweise beim Vorwurf sekundärer Fehlbelegung die drohende Verlustquote positiv zu beeinflussen.

- Eine gezielte Nichtabrechnung von Belegungstagen erscheint nun als ein probates Mittel in Fällen von zwar unwirtschaftlicher aber nur schwer vermeidbarer sekundärer Fehlbelegung. Eine Prüfung durch den MD mit erfolgreichem Ausgang für den Kostenträger ließe sich dadurch zwar zum Teil verhindern. Allerdings verabschieden sich die Krankenkassen damit aus der eigentlich gemeinsam mit den Leistungserbringern zu tragenden Versorgungsverantwortung.

Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass das durch MDK Reformgesetz und PrüfV geänderte Prüfverfahren mehr Manipulationsmöglichkeiten bietet, als dies bisher der Fall war. Die DGfM warnt jedoch dringend vor dem Versuch, z. B. durch Pooling von Langlieger-Rechnungen in ein bestimmtes Quartal die Prüfquotenregelung auszuhebeln. Dies würde das partnerschaftliche Verhältnis zu den Krankenkassen beschädigen. Es besteht die Hoffnung, dass auch auf Kassenseite auf Manipulationen und Tricksereien verzichtet wird. ■

„Fairness first“ muss die Devise sein.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Jörg Liebel
Vorstand Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e.V.

Dr. med. Sascha Baller
Dr. Baller | Medizincontrolling

Das Workflow-Management Exzellenz-Modell

„Der wichtigste Rohstoff bei der Umsetzung von Prozessoptimierungen: Leidenschaft. Der Glaube, Gutes kann immer noch besser gemacht werden.“ – **Prof. Dr. Michael Greiling**

Aufgabe der Führungskräfte von exzellenten Organisationen ist es, die Weiterentwicklung der eigenen Einrichtung konsequent voranzutreiben und beständig hervorragende Leistungen zu erzielen. Alle Kategorien, die das Funktionieren der Organisation ausmachen, müssen in Beziehung zueinander gesetzt und darauf überprüft werden, ob sie reibungslos ineinander greifen.

Der erste der vier Bände der Buchreihe beschreibt die Herleitung der Kategorien und Kriterien von Exzellenz und stellt ein Workflow-Management Exzellenz-Modell vor, welches alle anerkannten Aspekte zu Qualität und Qualitätsmanagement beinhaltet. Der zweite Band setzt sich mit den Möglichkeiten und der dritte Band mit den Methoden der Effektivitätssteigerung in Kliniken auseinander. Der vierte Band zeigt einen Ansatz zur Ermittlung und Messung geeigneter quali-



tativer und quantitativer Kennzahlen auf, die im Rahmen von Qualitäts-, Risiko- und Prozessmanagement zur Informationsgewinnung herangezogen werden können.

Autor: Prof. Dr. Michael Greiling

1. Auflage

ISBN (Band 1): 978-3-947566-80-8

44,95 €

ISBN (Band 2): 978-3-947566-81-5

34,95 €

ISBN (Band 3): 978-3-947566-82-2

34,95 €

ISBN (Band 4): 978-3-947566-83-9

34,95 €

Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage