



Foto: alphaspirt – Fotolia

Wege aus der Dunkelheit

Das neue MDK-Prüfverfahren

In den letzten Jahren wurde seitens der Krankenkassen immer wieder gebetsmühlenartig die Praxis der Falschabrechnung durch die Krankenhäuser beschworen. Geschäftsführer von Krankenkassen und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen (MDK) überboten sich mit immer höheren Summen, welche Krankenhäuser zu ihren Gunsten inkorrekt abgerechnet hätten. So berichtete zum Beispiel die Wirtschaftswoche am 10. Juni 2014 von einer Studie des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) aus 2012, dass angeblich 53 % aller geprüften Abrechnungen der Kliniken falsch waren. Medienwirksam und populistisch wurde verbreitet, dass die gesetzlich Versicherten über zwei Milliarden Euro im Jahr dafür bezahlen müssten.

Es wurde errechnet, dass der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung um 0,2 Punkte auf 15,3 % sinken könnte, wenn die deutschen Krankenhäuser stets richtig abrechneten. Dass diese Zahlen durch eine inhomogene, praxisferne und teilweise sehr willkürliche Prüfungspraxis diver-

ser MDK-Prüfer zustande gekommen sind, ist vielen Kolleginnen und Kollegen aus dem Krankenhaus nur zu gut bekannt.

Medizinische und therapeutische Gründe rücken in den Hintergrund, meist werden pekuniäre Fragen erörtert: Hätte der Patient eher entlassen werden können, hätte die Behandlung ambulant stattfinden müssen oder hätte der Patient nicht schon viel eher von der Beatmung entwöhnt werden können? Leider wurde dieser Polemik seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nur wenig entgegen gesetzt.

Neue Regelungen 2014

Ergebnis dieses Lobbyismus war die neue Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) gemäß § 17c Abs. 2 KHG, welche von der DKG im Herbst letzten Jahres vorgestellt wurde. Der Gesetzgeber hatte die DKG und den GKV-Spitzenverband aufgefordert, das bis dahin geltende Prüfverfahren durch den MDK zu präzisieren. Das sogenannte neue Verfahren, ließ sowohl die Krankenkassen- als auch die Krankenhausmitarbeiter aufhorchen. Die Vereinbarung soll laut § 1 der PrüfvV ein effizientes, konsensori-

Immer wieder mussten sich die Krankenhäuser in den letzten Jahren rechtfertigen. Falschabrechnungen in Milliardenhöhe, so die Krankenkassen. Doch die meisten Anschuldigungen sind nicht haltbar. Aufgrund dessen wurde im Herbst 2014 die neue Prüfverfahrensvereinbarung von der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgestellt. Doch die zog weitere Probleme und Unklarheiten mit sich. Vor allem fehlte eine eindeutige rechtliche Regelung. Der folgende Beitrag geht den Entwicklungen und Ansätzen auf den Grund und zeigt auch die positiven Seiten auf.



Dirk Hohmann
Vorsitzender des Regionalverbandes
des Mitteldeutschland der DGfM,
Medizincontroller
Werner Wicker Klinik, Bad Wildungen

entiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V näher regeln und das Verfahren sollte in ei- ►

ner konstruktiven Zusammenarbeit durchgeführt werden. Statt Klarstellungen und Vereinfachungen gab es bei der Präsentation der PrüfvV in Berlin nur ein Verwirrspiel von neuen Abläufen und einzuhaltenden Fristen.

Inhalte waren beispielsweise:

- Beide Parteien sollten ein Verfahren durchführen, um MDK-Streitigkeiten aus dem Weg zu gehen.
- Prüfgründe sollten so genau wie möglich von den Kassen angegeben werden.
- Unterlagen im schriftlichen Verfahren sollten in einer Vier-Wochen-Frist beim MDK eingehen.
- Ein rechtsverbindliches Widerspruchsverfahren würde es wieder nicht geben.

Alle genannten Fristen wurden als Ausschlussfristen geführt, bei Versäumnissen konnte die Krankenkasse einen „strittigen“ Betrag verrechnen, eine nachfolgende juristische Klärung war nicht mehr möglich. Letzteres warf wiederum die Frage auf, wie der Zugang der entsprechenden Unterlagen beim MDK unter den Auflagen des Datenschutzes rechtssicher nachgewiesen werden konnte. Als Antwort wurde ein elektronischer Datenaustausch aller Parteien ab Januar 2015 gefordert.

Ein Bürokratiemonster war geboren, welches bereits vor Inkrafttreten alle Punkte des § 1 der PrüfvV ad absurdum führte und die Lasten zu Ungunsten der deutschen Krankenhäuser verteilte. Zur Verschärfung der Situation trägt auch das Bundessozialgericht (BSG) mit einer einseitigen krankenhaushausdiskriminierenden und alltagsfernen Rechtsprechung hinzu.

Probleme mit der PrüfvV

Bei Veranstaltungen der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), insbesondere beim Symposium zum Thema MDK im Mai in Fulda und durch regen Austausch innerhalb der Fachgesellschaft kristallisierten sich folgende Probleme heraus.

Schon vor der PrüfvV praktizierten viele Kolleginnen und Kollegen aus dem Medizincontrolling Fallbesprechungen mit den Krankenkassen. Diese vertrauensvolle und

effektive Zusammenarbeit wurde in sehr vielen Fällen seit Januar dieses Jahres aufgekündigt, da das Vorverfahren von den Kassen nicht mehr gewünscht wurde.

Dadurch ist allerdings in vielen Häusern die Prüfquote gestiegen, allein im eigenen Verantwortungsbereich stieg die Prüfquote von circa 25 % auf aktuell 37 %. Darüber hinaus gibt es in jedem Bundesland einen eigenständigen MDK mit eigenen Strukturen und Prüfungsgewohnheiten. Während in einigen Bundesländern die Begehung der Häuser aus diversen Gründen abgelehnt wird, bevorzugt zum Beispiel die AOK und der MDK Hessen eine Prüfung vor Ort in den Krankenhäusern. Gegenwärtig werden über 60 % der Prüfverfahren in Hessen durch Begehung bearbeitet. In den meisten Fällen wird eine Prüfung nach Aktenlage durchgeführt.

Die Möglichkeit der unproblematischen Prüferweiterung durch die Gutachterinnen und Gutachter des MDK führt zu einer massiven Steigerung der Anforderung von Unterlagen, da mittlerweile statt weniger rechnungsbegründender Unterlagen komplette Krankenblätter angefordert werden. Das und vor allem die Einhaltung und Überwachung der in der PrüfvV aufgeführten Fristen stellt sowohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK als auch in den Krankenhäusern vor einen hohen personellen Aufwand.

Der kann zwar mit IT-Lösungen teilweise abgefangen werden, aber die sind entweder unausgereift oder teuer. Das gilt auch für die digitale Übermittlung der geforderten Unterlagen, welche seit Anfang dieses Jahres implementiert werden soll. Weiterhin haben die Krankenkassen große Defizite bei der Nennung von Prüfgründen, welche in hohem Maße unqualifiziert und undifferenziert angegeben werden. Eine Zurückweisung der Prüfanzeigen aufgrund der unpräzisen Angabe des Prüfgrundes wird wegen der hohen Personalbindung sehr selten praktiziert.

Rechtlich geregelt?

Das Widerspruchsverfahren war noch nie juristisch geregelt, doch wird die Einführung der PrüfvV

von einigen Krankenkassen dahingehend ausgenutzt, dass den Krankenhäusern weder Gutachten zur Verfügung gestellt werden, noch Widersprüche oder Gegen Darstellungen bei nicht substantiierten Gutachten oder Begutachtungen im Dissens angenommen werden.

Dabei wird auf Schlichtungsausschüsse beziehungsweise Sozialgerichtsverfahren zur Klärung verwiesen. Diese Vorgehensweise ist besonders perfide, da es zurzeit scheinbar keine arbeitsfähigen Schlichtungsausschüsse gibt, viele Sozialgerichte Klagen unter 2.000 Euro nicht annehmen und ohne ein Gutachten des MDK auch keine fundierte Klagevorbereitung möglich ist. Das verschärft die Situation und stellt eindeutig eine Schlechterstellung der deutschen Krankenhäuser dar.

Auch die Rechtssicherheit in Sachen Datenschutz und Übermittlungsbestätigung bei Versand von Prüfanzeigen und Patientenunterlagen wurde in der PrüfvV überhaupt nicht beachtet und geklärt. Die PrüfvV hat für alle Beteiligten keine Entlastungen gebracht. Im Gegenteil, der bürokratische Aufwand und die Bindung personeller Ressourcen ist auf allen Seiten gestiegen, besonders nachteilig wirkte sie sich für die deutschen Krankenhäuser aus. Es stellte sich heraus, dass dieses Verfahren weder effizient noch konsensorientiert war, dass viele Begrifflichkeiten und Abläufe unpräzise statt eindeutig definiert wurden und dass es in vielen Fällen an einer konstruktiven Zusammenarbeit mangelte.

Logische Konsequenz

Die Kündigung der PrüfvV durch die DKG war somit die logische Konsequenz. Allerdings birgt die Überarbeitung der Prüfvereinbarung auch die Chance für eine konstruktive Zusammenarbeit. Rechnungsprüfungen sind gesetzlich vorgeschrieben und somit unumgänglich. Der Weg dahin sollte allerdings vereinfacht und übersichtlicher werden. Das setzt hauptsächlich voraus, dass in den Gremien zur Renovierung des Prüfverfahrens Kolleginnen und Kollegen einbezogen werden, die aus

der Praxis kommen, die alltags-taugliche Erfahrungen im Umgang mit Rechnungsprüfungen einbringen können. Das sollte interdisziplinär geschehen, also nicht nur durch Vertreter aus Krankenhäusern, sondern auch Mitarbeitern von Krankenkassen, dem MDK und Juristen aus dem medizinrechtlichen Bereich, geschehen.

Als erstes im Lastenheft muss die Vereinfachung des Fristenchaos stehen. Damit einhergehen sollte die Abschaffung des kaum genutzten Vorverfahrens und eine Verlängerung der Frist zur Übermittlung der Unterlagen an den MDK. Vorstellbar wäre eine Anlehnung an die Zeit vor der PrüfvV. Zum Beispiel informiert die Kasse das Krankenhaus innerhalb einer Sechs-Wochen-Frist über die Einleitung einer Prüfung, der MDK teilt qualifiziert den Prüfgrund und die angeforderten Unterlagen mit, das Krankenhaus hat nunmehr sechs Wochen Zeit, diese Unterlagen zu liefern. Auch eine Frist zur Begutachtung sollte festgelegt werden.

Extrem wichtig zur Eindämmung des bürokratischen Aufwandes ist nicht nur das verbindliche Festlegen von Spielregeln für das außergerichtliche Widerspruchsverfahren, sondern auch die Vereinheitlichung von Regeln zu MDK-Prüfungen auf Bundesebene. Das betrifft nicht nur den Bereich der Prüfung der Behandlungsnotwendigkeit im Krankenhaus, bei Kodierfragen oder Klärung medizinischer Sachverhalte, sondern zum Beispiel auch die Form und Qualität von Begutachtungen.

Zusammenarbeit weiter ausbauen

Die Zusammenarbeit und Abstimmung der Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4) und des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FOKA) der DGfM ist ein guter Anfang - das gilt es auszubauen. Natürlich soll die gutachterliche Freiheit nicht eingeschränkt werden, allerdings muss sie sachlich-medizinisch kanalisiert werden und nicht unter dem Einfluss von persönlichen oder anderen Befindlichkeiten stehen.

In Zeiten des Pay for performance („P4P“) sollte Qualität vor Quantität gehen, was voraussetzt, dass Krankenkassen ihre Mitarbeiter soweit schulen, dass nur qualifizierte und nachvollziehbare Prüfanzeigen an die Krankenhäuser und den MDK gehen. Das schließt auch die Benennung des strittigen Betrages vor der Prüfung ein. Notwendig ist eine juristisch einwandfreie Klärung des Zugangsnachweises von Unterlagen bei allen am Verfahren Beteiligten, eine juristische Definition oder Umformulierung von Begriffen wie „unverzüglich“ oder „zeitnah“ und eine Abgrenzung zwischen einer sachlich-rechnerischen Prüfung von einer Prüfung nach PrüfvV. Benannte Punkte erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit - sie sind Denkanstöße.

Fazit

Auf der einen Seite hat die neue Prüfvereinbarung, wie erwartet, keinerlei Entlastung für alle Beteiligten gebracht. Eine Änderung im Sinne der täglichen Anwender ist unumgänglich. In diesen Änderungsprozess sollten Kolleginnen und Kollegen einbezogen werden, die fest in der Praxis verankert sind. Sicherlich kann nicht jeder

Sachverhalt in einem komplexen Verfahren wie der Abrechnung von Krankenhausleistungen und der Prüfung von Krankenhausrechnungen eindeutig geregelt werden. Allerdings ist es an der Zeit, grundlegende Verfahren wie das MDK-Prüfverfahren mit bundesweit verbindlichen einheitlichen Regularien nachvollziehbarer und berechenbarer zu machen. Hier sollte, auch im Hinblick auf die Qualitätsdiskussion in deutschen Krankenhäusern, die Prämisse auf einer medizinisch-sachlichen und nicht auf einer ökonomisch geprägten Begutachtung liegen.

Auf der anderen Seite birgt die PrüfvV auch die Chance, bei allen am Prüfverfahren Beteiligten über interne Strukturen und Prozesse nachzudenken und Abläufe zu optimieren. Dabei sollten alle Seiten in eine intensivere interdisziplinäre, kollegiale und fruchtbare Kommunikation einsteigen. ■

Dirk Hohmann
Werner Wicker Klinik Bad Wildungen
Orthopädisches Schwerpunkt-klinikum
Im Kreuzfeld 4
34537 Bad Wildungen
dirk.hohmann@medizincontroller.de

Medical-Controlling

30. interdisziplinäre Weiterbildung des mibeg-Instituts Medizin
in Kooperation mit der Uniklinik Köln
zur Erlangung des Zertifikats „Medical-Controller/in“

Inhalte u.a.: Rechtliche und strukturelle Grundlagen für die Tätigkeit als Medizin-Controller; Das deutsche DRG-System und Budgetermittlung unter DRG-Bedingungen; Betriebswirtschaftliche Grundlagen; Schwerpunktaufgaben; Anforderungen an künftige Organisations- und Leistungsstrukturen von Krankenhäusern; Kommunikation und Projektmanagement als Schlüssel für ein erfolgreiches Medizin-Controlling; Qualitäts- und Prozessmanagement im Krankenhaus; Managementfunktionen des Medizin-Controllings

Start: 23. Oktober 2015
Dauer: Acht Seminareinheiten im Zeitraum eines Jahres

 **mibeg-Institut Medizin**
Sachsenring 37-39 · 50677 Köln
Tel. 0221-33 60 4 -610 · Fax 0221-33 60 4 -666 · E-Mail medizin@mibeg.de
www.mibeg.de