



Quo vadis Abrechnungsprüfung?

5 Jahre MDK Reformgesetz – eine Bestandsaufnahme und ein Blick in die Zukunft

Von Jens-Uwe Földner

Mit den Worten „Auch bei den Krankenhausabrechnungen sorgen wir für mehr Transparenz. Gezielte Prüfungen lassen mehr Zeit für eine gute Versorgung.“ ließ der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 17.07.2019 im Bundeskabinett aufhören und vielen Medizincontrollern in den Krankenhäusern Steine vom Herzen fallen.

Vor allem die Anreize für eine regelkonforme Abrechnung sollten dabei unterstützt werden, indem die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses zukünftig den Umfang der zulässigen Abrechnungsprüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen bestimmt, welche durch die Krankenkassen beim MDK veranlasst werden können.

Ausgangspunkt dafür bildet die eigentlich bereits ab dem Jahr 2020 zulässige maximale Prüfquote für jedes Krankenhaus, die den Umfang der von den Krankenkassen beauftragbaren MDK-Prüfungen begrenzen soll. Die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote ist dabei von dem Anteil an beanstandeten Abrechnungen eines Krankenhauses im vorvergangenen Quartal abhängig. Kurz gesagt: Ein hoher Anteil unbeanstandeter Rechnungen führt zu einer niedrigen zulässigen Prüfquote und umgekehrt. Was in der Theorie und wahrscheinlich auch in der Lesart des damaligen Bundesgesundheitsministers relativ einfach und nach hohem Praktikabilitätsgrad klang, entpuppte sich in der Praxis relativ schnell als komplexe Konstruktion. Bereits am Termin der unbeanstandeten Rechnung, umgangssprachlich auch weiterhin „Falschabrechnung“ genannt, entzündete sich alsbald ein neuer Streit.

Was ist eigentlich eine „falsche Abrechnung“?

Allen am Kodierprozess Beteiligten ist seit Einführung des G-DRG-Systems klar, dass ein auf Schweregraden basierendes Entgeltsystem in der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren Interpretationsspielräume bietet, welche alle – wiederum durchaus opportunistisch – zu ihren Gunsten auslegen. Dies war offensichtlich auch im Jahr 2019 bei den politischen Entscheidungsträgern mindestens im Hinterkopf, als man sich zur Quotierung von Prüfungen in Abhängigkeit der Beanstandungsquote entschied. Was man dabei allerdings nicht berücksichtigte, war die Tatsache, dass bereits zu diesem Zeitpunkt der Großteil der Abrechnungsprüfungen keine Kodierfragen mehr beinhaltete, sondern sich klar auf die ex post Überprüfung von ärztlichen Entscheidungen bezüglich der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus fokussierte. Ob man jetzt diese rein medizinischen Entscheidungen, getroffen oftmals auch aus sozialen Indikationen oder zur Sicherung des Therapieerfolgs, jetzt als „Falschabrechnung“ brandmarken und schlussendlich in gleichem Maße sanktionieren muss wie das bewusst falsche Kodieren von Diagnosen oder Prozeduren, ist seit Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes ein schwelender Dauerkonflikt.

Fehlbelegungsprüfung weiterhin im Fokus

Ausgehend von der Idee der Verbesserung der Abrechnungsqualität in den Krankenhäusern hat ein solches bei einer Belegungsprüfung kaum Steuerungs-

möglichkeiten zu deren Vermeidung, ist doch die ärztliche Entscheidung über die Entlassung eines Patienten oder dessen stationäre Aufnahme oftmals eine Frage des Ermessens und nicht zuletzt der Risikobereitschaft des Behandlers und des Patienten. Entgegen zu den mittlerweile in großer Zahl vorliegenden verbindlichen Regeln in der Kodierung, gibt es in Fragen der Belegungsprüfung nur selten ein richtig oder falsch.

Diese strukturelle Schwäche sowohl der Krankenhäuser als auch der gesetzgeberischen Normen aus dem MDK-Reformgesetz nutzt die Kassenseite auch im Jahr fünf nach Inkrafttreten desselben konsequent aus. Ausgehend von den Veröffentlichungen des MDK-Bund betrug allein der Anteil der Prüfungen zur unteren Grenzverweildauer im Krankenhaus mehr als 30 Prozent aller Krankenhausabrechnungsprüfungen.

Bezieht man in diese Betrachtungen die Fragen nach oberen Grenzverweildauer und der grundsätzlichen stationären Behandlungsbedürftigkeit mit ein, so beläuft sich der Anteil der Belegungsprüfungen auf ca. zwei Drittel aller Krankenhausabrechnungsprüfungen durch die jeweiligen Medizinischen Dienste der Länder im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen.

Korrekturen und Nachjustieren dringend notwendig

Dass sich die Einführung von Prüfquoten auf die Summe der Rückzahlungsbeträge der Krankenhäuser an die gesetzlichen Krankenkassen temporär vermindern auswirken wird, war politisch gewollt und in der Gesetzesbegründung des MDK-Re-

formgesetzes dezidiert nachzulesen. Mangling im BMG aber auch davon aus, sich durch diese formale Limitierung der Prüfungen die Krankenkassen vermehrt auf das Instrument einer gezielten Prüfung mit einem höheren durchschnittlichen Rückzahlungsbetrag je Fall fokussieren und so geringe Prüfquoten entsprechend kompensiert werden könnten. In Kombination mit der Einführung von krankenseitig zu zahlenden Aufschlägen prognostizierte man den Krankenkassen sogar ab dem Jahr 2021 Mehreinnahmen. Die Realität ist wie bereits dargestellt eine andere. Vielmehr nutzen die Krankenkassen das Instrument der primären Rechnungsabweisung aufgrund vermeintlich formaler Fehler zur Ausweitung der Prüfquoten bzw. zum Screenen potenziell auffälliger Prüffälle für eine Fehlbelegungsprüfung. Dieses Vorgehen wurde auch seitens der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. (DGfM) mehrfach öffentlich kritisiert.

Stichprobenprüfungen nach § 17c Abs. 1a KHG – alter Wein in neuen Schläuchen?

Umso überraschter waren viele Praktiker sowohl im Krankenhaus als auch auf

Seiten der Krankenkassen, als sich das BMG nicht für die offensichtlich notwendigen Korrekturen entschied, sondern mit dem Referentenentwurf des KHVVG und der dort enthaltenen Neufassung des § 17c Abs. 1a KHG eine erneute Komplettreform der Abrechnungsprüfung präsentierte. Natürlich ist die dort fixierte Stichprobenprüfung für Krankenhausabrechnungen keine neue Erfindung, sondern fand bereits an ähnlicher Stelle 2013 den Weg ins Gesetz, um dann in der praktischen Anwendung an vielen Stellen (grandios) zu scheitern. Zu nennen wäre hier bspw. das konsentrierte Vorgehen aller Krankenkassen in einem solchen Verfahren. Dass man jetzt den MD-Bund mit der Erstellung eines neuen und vor allem praktikablen Konzepts zur Ausgestaltung der Stichprobenprüfungen bis zum 28.02.2026 beauftragen möchte, erinnert stark an die Vorgehensweise bei der Erstellung der StrOPS-RL. Ebenso entbehrt das Ganze auch nicht einer gewissen Ironie, denn diese hat nun nachweislich zu einem weiteren Bürokratieaufbau in den Krankenhäusern gesorgt, ohne dabei – wie von Bundesgesundheitsminister Jens

Spahn 2019 angekündigt – mehr Zeit für eine gute Versorgung zu lassen. Es bleibt daher zu hoffen, dass es doch bei einem Referentenentwurf bleibt und man konstruktiv gemeinsam mit den Partnern der Selbstverwaltung an einer Verbesserung des bestehenden Systems arbeitet, ohne dabei bereits Realisiertes wieder zu gefährden. Ansatzpunkte gäbe es dafür genügend. ■

Literatur beim Verfasser



Jens-Uwe Földner
Vorsitzender des Regionalverbandes Mitteldeutschland der DGfM
jens-uwe.fueldner@medizincontroller.de

KU FACHBEIRAT



Dipl. Kfm. Peter Asché
Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)



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



Dipl. Kfm. Jens Bussmann
Generalsekretär Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)



Dr. med. York Dhein
Managing Partner
Pantaleon Health Advisory GmbH



Xaver Frauenknecht MBA
Berater im Gesundheitswesen



Stefan Günther, M.A.
Mitglied des Vorstands der Fachgruppe psychiatrischer Einrichtungen im VKD
Referent des Direktors Wirtschaft und Finanzen und Leiter Controlling bei den Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz



Dr. med. Erwin Horndasch
Leitung Medizincontrolling
Diakoneo Kliniken Neuendettelsau und Schwabach



Heinz Kölking
Unternehmensberatung
Gesundheitswirtschaft



Dr. Nicolas Krämer
Vorstandsvorsitzender
der HC&S AG



Dr. Thomas Krössin MBA
Professur für Gesundheitsmanagement
iU Internationale Hochschule



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



Prof. Dr. Volker Penter
Partner BDO AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert
Geschäftsführender Gesellschafter
medAurel GmbH – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement



Dr. Christian Stoffers
Leiter Zentralreferat Marketing
Marien Gesellschaft Siegen gGmbH



Dipl. Kfm. Kai Westphal
Geschäftsführer Kaiser-Karl-Klinik Bonn,
Geschäftsführer Herzpark Mönchengladbach,
Geschäftsführer Aatalklinik Bad Wünnenberg