



Die DGfM in Berlin – am Puls der aktuellen Entwicklungen

Prof. Dr. Erika Raab

Es hat in diversen Gesprächsrunden mit Vertretern der Politik, Selbstverwaltungspartnern und auch Krankenkassen für erheblichen Wirbel gesorgt – das Positionspapier der DGfM. Die aufgeworfenen Thesen wurden von Fachverbänden aufgenommen und haben letztlich für eine neue Sensibilität beim Thema der Abrechnungsprüfung gesorgt.

Das aktuelle System der MDK-Prüfungen im Krankenhaus setzt auf beiden Seiten falsche Anreize. Das Ziel einer korrekten Abrechnung von Behandlungsfällen kann es systematisch nicht erreichen. Die Versuche der vergangenen 15 Jahre, durch Detailregelungen zu einem funktionierenden Prüfsystem zu kommen, sind gescheitert. Ganz im Gegenteil hat sich die Situation verschlechtert und ist auf ein Niveau eskaliert, welches eine komplette Neuordnung des Prüfsystems erforderlich macht. Diese kann die Selbstverwaltung durch ihre systemimmanente Selbstblockade nicht mehr gestalten. Es bedarf einer politischen Intervention zur Festlegung klarer Rahmenbedingungen, welche ausschließlich das Ziel einer korrekten Abrechnung von Krankenhausleistungen zur optimalen Verwendung der Versicherungsgelder sicherstellen können.

Ein besonderer Fokus liegt aus Sicht der DGfM auf der künftigen Ausprägung von Strukturprüfungen. Einigkeit besteht bei Leistungserbringern und Kostenträgern, aber auch beim

MDK dahingehend, dass Strukturprüfungen ein sinnvolles Instrument zur Prüfung von Abrechnungsvoraussetzungen darstellen können. Regelungsbedarf besteht jedoch neben der konkreten Ausgestaltung der Prüfung selbst bei der Rechtsgrundlage, der erforderlichen Dokumentationstiefe und bei den Folgen nicht bestandener Strukturprüfungen. Während chirurgische Eingriffe im Sinne einer echten Klassifikation von Operationsschlüsseln weitestgehend kurz und prägnant im OPS benannt werden, stellt die Abbildung nicht-operativer Leistungen in Form von medizinischen Komplexleistungen einen Anreiz zu erheblichen Fehlentwicklungen der Prozedurencodes dar.

Bei der Umsetzung der sehr detailliert geregelten Operationen- und Prozedurencodes in der Praxis ergeben sich zahlreiche Fragen nach den sozialrechtlich zu bewertenden Mindestmerkmalen: Beschreibt das isolierte Merkmal im OPS eine Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität? Wie wird der jeweilige Nachweis der Erbringung geführt? Welche Detailtiefe muss in der Dokumentation vorliegen, um leistungsrechtlich anerkannt zu werden?

In Berlin diskutierte Prof. Dr. Erika Raab, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DGfM, mit Juristen, Vertretern des MDK und des GKV die unterschiedlichen Sichtweisen zur aktuellen Rechtsprechung (u. a. BSG zur „Transportzeit bei der neurologischen

Komplexbehandlung“), um gemeinsam einen Impuls zur Veränderung und Verbesserung der Situation zu setzen. Kann der Entwicklung der Prüfsystematik der Fehldokumentationsprüfung eine sinnvolle Alternative entgegen gesetzt werden? Welche klaren und verbindlichen Regeln, können geschaffen werden, um dem Prüfirsinn ein Ende zu bereiten?

Da künftig der MDK neben der Abrechnung nun auch die Qualität prüfen soll, werden in der Praxis nicht nur widersprüchliche Prüfergebnisse erwartet, sondern auch ein erheblicher Anstieg der Prüfungsanfragen. Die künftige Ausrichtung auf zusätzliche Qualitätsindikatoren, welche sich noch in der Definitionsphase befinden, lässt in den Krankenhäusern grundsätzlich eine weitere Steigerung des Dokumentations- und Prüfaufwandes erwarten, welcher die prekäre Situation in der Patientenversorgung verschärfen wird.

Erschwerend kommt hinzu, dass der Begriff der Qualität als unbestimmter Rechtsbegriff einer Auslegung unterliegt. Solange nicht sicher bestimmt werden kann, wie 100 Prozent Qualität einer Krankenhausleistung definiert sind, kann ebenfalls nicht definiert werden, welcher Abweichungsgrad einer „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ entspricht.

In der großen MDK-Podiumsdiskussion in Berlin stellte der Vorstandsvorsitzende Dr. Nikolai von Schroeders

aus Sicht der DGfM dar, was dringend reformiert werden muss und wie eine korrekte Krankenhausabrechnung durch die richtigen Anreize gelingen kann.

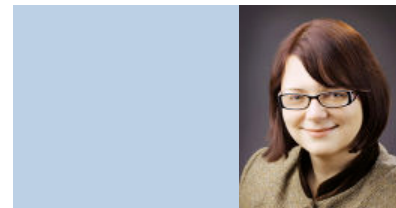
Die DGfM schlägt daher vor,

1. eine Reduktion der durch die individuellen Kostenträger ausgelösten Einzelfallprüfungen auf maximal 2 % der einer Krankenkasse in Rechnung gestellten Fälle vorzunehmen.
2. einen Mindestbetrag für die potenzielle Rückforderung als Grundlage für die Rechtmäßigkeit eines Einzelprüfungsauftrages zu definieren,
3. eine Erhöhung der zulässigen Prüfquoten bei Verdacht auf Falschabrechnungen aus den Ergebnissen der Datenanalysen (siehe 4.) oder aus den Stichprobenprüfungen (siehe 5.) zu erlauben, wobei die Datenerfassung über alle Prüfungsaufträge der Einzelfallprüfungen systematisch erfasst werden.
4. systematische Auffälligkeiten der Abrechnungsdatensätze und Verdacht der Falschabrechnung (sowohl im Sinne zu niedriger, als auch im Sinne zu hoher Abrechnung) durch eine neutrale Institution zur auf Basis von Datenanalysen über die Abrechnungsdaten aller stationären Fälle zu identifizieren und diese der Ergebnisse öffentlich zu publizieren.
5. die Stichprobenprüfung auf Basis einer zufälligen Fallauswahl von 5 % aller Fälle über alle deutschen Krankenhäuser mit systematischer Auswertung über zu hohe, korrekte oder zu niedrige Abrechnungen einzuführen.
6. die Strukturprüfung aus den Stichproben und Einzelfallprüfungen hin zu einem prospektiven Verfahren als Basis für die Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung spezifischer Leistungen auszugliedern.
7. eine Restrukturierung der betroffenen OPS Codes durch eindeuti-

ge Trennung von nachzuweisenden Strukturmerkmalen und (prüfbaren) Merkmalen der individuellen Behandlung vorzunehmen,

8. Schlichtungsstellen aufzuwerten, die für strittige Konstellationen schnell und grundsätzlich Klarstellungen schaffen, ohne den Blockadeoptionen der Selbstverwaltungspartner zu unterliegen.

Prof. Dr. Erika Raab MBA
stellv. Vorsitzende DGfM
Erika.Raab@medizincontroller.de



Prof. Dr. Erika Raab

KU FACHBEIRAT



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



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



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



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



Horst A. Jeschke
Beratung im Gesundheitswesen



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



Dipl. Kfm. Wilhelm Brokfeld
Stellvertretender Vorsitzender der Fachgruppe Rehabilitationseinrichtungen im VKD,
Verwaltungsdirektor der Klinik Münsterland



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



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



Xaver Frauenknecht MBA
Vorsitzender des Vorstandes
Sozialstiftung Bamberg



Dr. Nicolas Krämer
Kfm. Geschäftsführer
Städtische Kliniken Neuss
Lukaskrankenhaus GmbH



Dr. Christian Stoffers
Leiter Zentralreferat Marketing
Marien Gesellschaft Siegen gGmbH



Dipl.-Ing. Ök. Wolfgang Gagzow
Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V., Schwerin



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



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



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

