



Foto: eshma – Fotolia

Das Aus für die MDK-Prüfung

Eine Betrachtung des Scheiterns

Von Dr. Nikolai von Schroeders

Ohne Zweifel ist die Prüfung stationärer Krankenhausabrechnungen notwendig, um den sachgerechten Einsatz von Geldern der Versicherten zu gewähren. Das hohe Finanzvolumen für stationäre Leistungen und die Unübersichtlichkeit des Abrechnungsprozesses würden ohne Prüfmechanismus zwangsläufig zu Fällen von Missbrauch führen. Insofern ist der Ansatz, eine neutrale Institution zu beauftragen, welche Einzelfälle bei bestehendem Verdacht auf Unregelmäßigkeiten prüft, korrekt. Jedoch weichen Theorie und Praxis an zwei Kernpunkten voneinander ab: Der MDK ist nicht neutral, sondern zum Erfüllungsgehilfen der Krankenkassen geworden. Und die Prüfung erfolgt nicht verdachts – sondern vor allem potenzialbezogen: Analysiert werden Fälle, bei denen der möglicherweise zurückzuholende Betrag hoch und möglichst einfach zu erreichen ist. Ob die Abrechnung korrekt oder falsch war, spielt nur noch eine geringe Rolle. So ist aus der MDK-Prüfung, die schon immer als Ärgernis empfunden wurde, inzwischen ein handfestes Schlachtfeld zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern geworden.

Keywords: Medizincontrolling, Abrechnung, DRG

Schon in der Zeit der tagesgleichen Pflegesätze führte die Prüfung von Krankenhausabrechnungen oft zu Streitigkeiten und gerichtlichen Auseinandersetzungen. Das Prüfivolumen war jedoch deutlich geringer und die Eskalationen wesentlich seltener. Insuffizient war das System schon immer: Vor Einführung der Prüfverfahrensvereinbarung waren es vor allem massenhafte Verschleppungen von Verfahren durch fehlende Kapazitäten auf beiden Seiten, welche das System zum Problem machten. Rückblickend war diese Insuffizienz vielleicht aber sogar die Basis für eine gewisse Stabilität des Chaos: Wenn nach vielen Jahren in einem Krankenhaus immer noch hunderte oder tausende von Fällen ohne fachliche Beurteilung und Abschluss waren, war man gezwungen, sich mit den Krankenkassen zusammzusetzen, alle offenen Fälle aufzulisten und eine Lösung auf dem Verhandlungswege zu finden. Vielleicht ist es gerade der Wegfall des Zwangs zum Dialog, der zum Todesstoß für das MDK-System geworden ist.

Ein Prüfsystem für stationäre Abrechnung gesetzlich versicherter Patienten hat mit vielerlei Schwierigkeiten zu kämpfen, die in einem normalen Marktgeschehen mit einer klaren Lieferanten-Kunden-Beziehung nicht vorhanden sind. Diese machen es unmöglich, dass der Patient selbst die Rechnung prüft. Weder kann er beurteilen, ob die medizinisch komplexen Inhalte einer Abrechnung korrekt sind noch wäre es zumutbar, das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt durch die Übertragung der Pflicht zur Rechnungsprüfung auf den Patienten zu beeinträchtigen.

Auch der Arzt im Krankenhaus wird durch immer massiveren Rechnungskürzungen in ein Dilemma gebracht: Einerseits sieht er sich in der Pflicht, das Optimum für seinen schutzbefohlenen Patienten zu „erkämpfen“. Gerade in Grenzbereichen von Überprüfungsmöglichkeiten formaler Richtigkeit ist dies für den Arzt sehr schwierig. Häufig spielen soziale Faktoren eine Rolle, die sich nicht in Abrechnungsziffern abbilden lassen und die dem Arzt ein

hohes Maß an Fürsorgefähigkeit gegenüber seinem Patienten abverlangen, ihn aber auf der anderen Seite unter Druck setzen, wenn er vorab weiß, dass es mit der Abrechnung zu Problemen kommen wird. Nicht zuletzt hat aber auch der Arzt immer wirtschaftliche Eigeninteressen, die mit der Abrechnung seiner Leistungen zusammenhängen. Chefärzte werden am Umsatzvolumen ihrer Abteilungen gemessen und fürchten um direkte wirtschaftliche Konsequenzen, wenn die Abrechnungen nicht hoch genug sind. Auch Oberärzte und Assistenten erleben täglich, dass zentrale Fragen wie der Stellenplan oder Investitionen in Gerätschaften für die Abteilung davon abhängig sind, dass die Höhe der Abrechnung optimal ist.

Warum ist die Abrechnungsprüfung so eskaliert?

Das Prüfungsvolumen nimmt in den letzten Jahren rapide zu, gleichzeitig werden die Einzelfallprüfungen immer häufiger strittig und führen zu sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen. Warum ist es dazu gekommen? Verschiedene Ansätze werden dazu diskutiert:

These 1: Krankenhäuser rechnen immer mehr optimiert ab, Krankenkassen müssen diesen „Abrechnungsbetrug“ stoppen.

Diese These geisterte durch die Medien und wurde von einzelnen Kostenträgern verwendet, um Krankenhäuser zu diskreditieren. Letztlich war und ist sie aber eine Zeitungsente: Nur ein sehr geringer Teil (ca. 2 – 3 %) der geprüften Abrechnungen wurden tatsächlich im Sinne einer Korrektur von Abrechnungsziffern geändert. Auch bei diesen Korrekturen ist dadurch noch nicht bewiesen, dass die Abrechnung tatsächlich primär falsch war. Fakt ist nur, dass es der Krankenkasse gelungen ist, einen niedrigeren Abrechnungsbetrag zu erreichen. Ein weiteres gewichtiges Argument spricht gegen diese These: Das Potenzial für Krankenhäuser, durch Kodierungstricks höhere Abrechnungen zu erzielen, wird immer geringer. Das InEK achtet seit einigen Jahren streng darauf, Systemlücken die einen

Missbrauch ermöglichen zu schließen. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser für überhöhte Abrechnungen haben sich dadurch massiv reduziert.

These 2: Überflüssige Kapazitäten von Krankenhäusern müssen „gefüllt“ werden.

Gegen diese These spricht, dass die Verweildauern in den Krankenhäusern stetig gesunken sind und weiter sinken. Damit bleiben für ein vorsätzliches Füllen von Krankenhausbetten nur primäre Fehlbelegungen. Diese stellen jedoch nur einen geringen Anteil der Abrechnungsprüfungen durch Kassen und MDK dar. Auch hierin kann der Grund für eine Ausweitung von Prüfquote und Streitigkeiten also nicht liegen.

These 3: Den Krankenkassen fehlt das Geld, sie sind zu einer aggressiveren Prüfstrategie gezwungen.

Hiergegen spricht, dass in den letzten Jahren Milliarden an Reserven angehäuft wurden, mitnichten also die Krankenkassen allein aus Finanzmangel jeden Cent zweimal umdrehen müssen.

These 4: Krankenkassen wollen die Krankenhäuser strategisch „kapputtsparen“.

Für diese These sprechen einige Indizien, vor allem das Fehlen einer bedarfsangepassten Planungspolitik der Länder. Gleichzeitig verhindert die politisch motivierte Strukturierungsstrategie der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Planung stationärer Versorgungsangebote durch die Selbstverwaltung. Ebenso spricht für diese These, dass in den aktuellen Prüfungen Interpretationen von Kodierregeln durch den MDK erfolgen, welche einzelne Krankenhäuser an den Rande des Ruins führen. Schwer vorstellbar ist jedoch, dass diese Situation von den Kostenträgern gewünscht ist: Eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur für die Bevölkerung entsteht durch ein solches Vorgehen sicher nicht. Auch der Inhalt diese These kann also den Prüfwahnsinn nicht erklären.

These 5: Der Prüfwahnsinn ist Folge des Wettbewerbsgedankens bei Krankenkassen und Krankenhäusern.

Für diese These spricht viel: Im Wettbewerb zwischen den Kostenträgern sind die bei Abrechnungsprüfungen zurückgeforderten Gelder ein wesentlicher Faktor des eigenen wirtschaftlichen Ergebnisses. Einen Vorteil verschafft sich diejenige Kasse, der es gelingt, die höchste Retaxierungsquote im Bereich stationärer Abrechnung zu realisieren. Dies führt zu einem dazu, dass eine Ausweitung der Abrechnungsprüfung sich für die Krankenkassen lohnt: Denn Rechenungskürzungen führen zum positiven Ergebniseffekt für die jeweilige Kasse, die Kosten der MDK-Prüfung jedoch trägt die Gemeinschaft der Kassen. Zum anderen entsteht so der katastrophale Effekt, dass die absoluten Kosten des Prüfsystems für die Kassen irrelevant sind: Selbst, wenn durch das Prüfsystem weniger Mittel aus den Krankenhäusern zu den Krankenkassen zurückfließen würden als das Prüfsystem kostet, wäre es für die „Gewinnerkassen“ noch ein Erfolg im Wettbewerb.

Ebenso spricht für diese These, dass es auch im Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern Gewinner gibt, die das System geschickter anwenden als andere. Wer am höchsten kodiert und abrechnet behält zum Schluss auch am meisten. Auch hier ist es irrelevant, ob die Abrechnungen korrekt oder falsch sind. Es zählt alleine, was nach der Prüfung übrig bleibt. Unterstützend für diese Strategie wirkt, dass selbst bei systematisch und regelmäßig zu hohen Abrechnungen keinerlei Sanktionen im Sinne einer Strafe entstehen.

Die systematischen Webfehler des Prüfsystems

Webfehler 1: Die genau eine korrekte Abrechnung pro Fall gibt es nicht

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Abrechnungsprüfung aus nüchterner Zahlensicht drängt sich die Vermutung auf, dass bei ►

derart hohen Rückzahlungen sowohl ein riesengroßes Einsparpotenzial für die Kassen als auch eine hohe kriminelle Energie bei Krankenhäusern bestehen könnte. Denn nur, wenn Krankenhäuser in großem Umfang vorsätzlich falsch abrechnen, könne es zu solchen Massenkorrekturen kommen. Wenn bei einer Prüfquote von knapp 20% schon so viel zu holen ist, müsste eine Ausweitung der Prüfung notwendig sein, um weitere Poteztiale zu heben. Diese Zahleninterpretation basiert auf einer zentralen Fehlannahme und muss korrigiert werden: Es gibt für sehr viele Krankenhausfälle (nämlich gerade für die zu Abrechnungsfragen strittig gestellten) nicht genau eine korrekte Abrechnung. Vielmehr findet Krankenhausabrechnung im DRG-System, ebenso aber die Prüfung derselben, in den allermeisten Fällen in einem Graubereich statt. So versuchen die Krankenhäuser, in diesem Graubereich möglichst zu ihren Gunsten zu arbeiten. Ebenso versuchen die Krankenkassen, möglichst im unteren Bereich der Abrechnungshöhe anzukommen. Je stärker nun die eine oder andere Seite versucht, an den aus ihrer Sicht guten Rand des Graubereiches zu gelangen, desto stärker wird die andere Seite versuchen, gegenzusteuern. Das System befeuert sich also alleine aus diesem Grunde selbst. Erst außerhalb dieses breiten Graubereiches, der mit Fug und Recht als ein Spektrum richtiger Abrechnungen bezeichnet werden darf, gibt es Abrechnungen, die zu niedrig oder zu hoch sind. Dies wären beispielsweise nicht erbrachte aber dennoch kodierte Leistungen oder in der Umkehrung erbrachte aber bei der Kodierung vergessene Leistungen mit Einfluss auf die Höhe der Abrechnung. Der Fokus der Prüfung richtet sich aber nicht auf diese Bereiche klarer Ergebnisse, sondern fokussiert auf die Bereiche der Unklarheit. Beispielhaft können das sein:

1. Fehlende Klarheit in den Kodierrichtlinien

Die als Basis für „korrekte“ Kodierung heranzuziehenden Kodierrichtlinien weisen an vielen Stellen grobe Unschärfen auf. Klarstel-

lung sind an dieser Stelle nicht erfolgt, weil DKG und GKV Spitzenverband sich bei der Weiterentwicklung gegenseitig blockieren. Dadurch bleibt die Basis für Abrechnung und Rechnungsprüfung im Graubereich systematisch erhalten und erzeugt die Basis für Abrechnungsstreitigkeiten für die selbst die obersten Organe der Selbstverwaltung keine klare Position festlegen können.

2. Hauptdiagnosenfestlegung

Erfüllen zwei Hauptdiagnosen gleichermaßen die Kriterien der Hauptdiagnosendefinition nach den deutschen Kodierrichtlinien ist diejenige zu verwenden, welche den höheren Aufwand verursacht hat. Diese Situation ist gerade in der konservativen Medizin extrem häufig. Naheliegend ist, dass die Klinik dann stets diejenige Diagnose als aufwendiger betrachtet, welche den höheren Erlös erzeugt. Die Kasse ihrerseits beauftragt den MDK um genau das Gegenteil zu beweisen. In der Medizin hängen zum Beispiel Herz- und Lungenerkrankungen aber häufig so eng zusammen, dass gar nicht mehr trennbar ist, welcher Aufwand nun wofür verwendet wurde.

3. Hochkomplexe medizinische Sachverhalte

Je schwieriger die medizinische Behandlung eines Patienten ist, desto komplexer wird die Kodierung und Darstellung aller Details. Schon in der primären Kodierung und Abrechnung ist es extrem schwierig, all dies im letzten Detail zu eruieren und in Codes zu übersetzen. Bei der nachträglichen Rechnungsprüfung geschieht diese auf Basis der Dokumentation in der Patientenakte und mit der komplett außen stehenden Sicht eines Gutachters, der den Patienten in seiner medizinischen und menschlichen Komplexität nie gesehen hat. Alleine diese schwierige Konstellation macht deutlich, dass hier zwar viel Potenzial für Streit aber wenig Potenzial für eindeutige Klarheit richtiger Abrechnung vorhanden ist.

4. Soziale Indikationen

Oft führen aus medizinischer Sicht ungefährliche Ereignisse gerade in den Nachtstunden zu Situationen,

in denen Patienten voller Angst um sich oder ihre Angehörigen die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen. Von der Klinik erwartet man Hilfe und Entlastung, die natürlich nicht mitten in der Nacht innerhalb von kurzer Zeit abgeschlossen werden kann. Dennoch ist die Klinik nach Abrechnungsrichtlinien verpflichtet, auch solche Patienten wieder nach Hause zu schicken und an die ambulante Versorgung am Folgetag zu verweisen, wenn keine harte medizinische Indikation für die stationäre Aufnahme nachweisbar ist. Sehr oft ist das den Menschen aus Sozial- und Versorgungsgründen jedoch nicht zumutbar und die Ärzte entscheiden sich - wissend, dass eine Abrechnung zum Schluss vor der Kasse nicht haltbar sein wird - dafür, diese Patienten stationär aufzunehmen. Auch für diese Fälle gibt es zwar möglicherweise formal eine korrekte Abrechnung (nämlich gar keine Abrechnung eines stationären Falles), sozial jedoch die durchaus berechnigte Erwartung der Bevölkerung, dass Krankenhäuser gerade in solchen Situationen Hilfe leisten sollen und auch eine adäquate Vergütung erhalten sollen.

**Webfehler 2:
Kassen prüfen nicht auf Richtigkeit, sondern auf Einsparpotenzial**

Naheliegend und logisch ist, dass ein Prüfungssystem für stationäre Leistungen eine korrekte Abrechnung jedes Einzelfalles sicherstellen soll. Entsprechend müsste ein Prüfsystem so ausgestaltet sein, dass es gezielt Fehler - egal ob zufällig oder vorsätzlich - erkennt, die entsprechenden Fälle prüft und korrigiert. Je implausibler ein Abrechnungsfall im Datensatz aussieht, desto eher sollte er in die Prüfung durch den MDK kommen. Praktisch ist die Selektion jedoch komplett anders: Die Prüfsoftware der Krankenkassen ist so gestaltet, dass bei der Prüfung der Abrechnungsdaten immer genau die Fälle als erstes ausgegeben werden, bei denen ein Kürzungspotenzial am höchsten ist. Dabei ist es irrelevant, ob die Kürzung erfolgen kann, weil tatsächlich ein Abrechnungsfehler vorliegt oder ob die



BARTELS CONSULTING
FÜR EIN GESUNDES UNTERNEHMEN

STRATEGIE
FUSION
CONTROLLING
MANAGEMENT

KLINISCHE -
KODIERFACHKRAFT
ÄRZTLICHE & PFLEGERISCHE
DOKUMENTATION

KODIERUNG
MDK
KODIERREVISION
DRG LIVE

Kürzung erfolgen kann, weil ein Graubereich von Behandlung und Abrechnung das Verhältnis von Prüfaufwand und einzuholendem Betrag am besten ist. Letzteres ist die von den Krankenkassen systematisch umgesetzte Vorgehensweise. Auf keinen Fall kann ein solches Prüfreime jedoch dazu führen, dass korrekte Krankenhausabrechnungen systematisch sichergestellt werden. Es dient alleine der Kostenreduktion und provoziert bei den Krankenhäusern das Selbstverständnis, sich durch eine möglichst hohe Abrechnung präventiv wehren zu müssen, um als unberechtigt empfundene Verluste zu vermeiden. Ebenso wie die Krankenkassen potenzialorientiert Prüfaufträge erteilen, prüft der medizinische Dienst der Krankenkassen potenzialorientiert: Immer deutlicher spüren die Kliniken, wie MDK'en gezielt versuchen, Leistungen nicht mehr auf den Einzelfall bezogen, sondern systematisch auf ganze Patientengruppen zu streichen, um so für Krankenkassen teilweise über ganze Bundesländer Millionenbeträge einzusparen und Druck auf die Kliniklandschaft auszuüben. Auch wenn diese Intention der Kostenträger vor dem Hintergrund fehlender Planungen der Länder inhaltlich nachvollziehbar sein kann: Zum logischen Ziel korrekter Krankenhausabrechnungen trägt dies mit Sicherheit nicht bei.

Die Kassen sitzen am längeren Hebel

Die Prüfverfahrensvereinbarung von 2015 hat zum Thema der Fristeneinhaltung erhebliche Fortschritte gebracht. Die Nachteile überwiegen jedoch. Zum zentralen Problem geworden ist dabei die Legitimation der Kassen zur sofortigen Verrechnung strittiger Forderungen. Diese kann einzelne Krankenhäuser in existenziell bedrohliche Liquiditätsprobleme bringen. Dabei ist für die Verrechnung (also die Einbehaltung von schon einmal bezahlten Abrechnungen bei der Rechnungen eines Folgefalles) völlig unbedeutend, ob die Krankenkasse im Recht ist oder nicht. Es genügt ein entsprechendes Gutachten des im Auftrag der Krankenkassen arbeitenden MDK vor-

liegen zu haben, um dieses umzusetzen. Damit besteht die Möglichkeit, gerade in den Graubereichen schnell Hunderttausende- oder gar Millionenbeträge für einzelne Krankenhäuser zurückzubehalten und die Klinik dann zu Zugeständnissen zu bewegen, die aus inhaltlicher Sicht nicht notwendig wären. Auch dies trägt erheblich zur weiteren Eskalation des Systems bei.

Was sind die Alternativen?

Umfangreiche Diskussionen der Medizincontroller Deutschlands beschäftigen sich seit Jahren mit diesem Problem. Mehr und mehr kristallisiert sich dabei heraus, dass die Prüfsystematik und die Umsetzung in der derzeitigen Form keinen Bestand haben können. Die Suche nach Lösungen ist in Fahrt gekommen und es sind Ansätze im Gespräch, welche hoffnungsvoll stimmen. Aktuell diskutieren Medizincontroller und Vertreter der Selbstverwaltung mögliche Alternativen. Ansätze für diese Alternativen wird die DGfM im Positionspapier „Korrekte Krankenhausabrechnung“ im Herbst 2018 vorstellen. ■

Dr. Nikolai von Schroeders
Vorstandsvorsitzender
der Deutschen Gesellschaft
für Medizincontrolling e. V.



Dr. Nikolai von Schroeders

Hengteweg 27
48653 Coesfeld

Tel.: 02541 - 811 70
Fax: 02541 - 264 0

info@bartels-consulting.de
www.bartels-consulting.de