

SPERRFRIST: 27.9.2018, 6:00 Uhr

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) zur Neuordnung des Prüfverfahrens für stationäre Abrechnungen

Das Ziel der korrekten Abrechnung von Krankenhausleistungen wird durch die aktuelle Prüfsystematik systematisch konterkariert. Entstehende Bürokratiekosten von über einer Milliarde Euro werden dadurch der Patientenversorgung entzogen. Die auf Klientelpolitik fokussierte Selbstverwaltung hat diese Situation verursacht und kann aus eigener Kraft heraus keine Lösung mehr erzeugen. Die DGfM fordert die Politik auf, einen grundsätzlichen Systemwechsel der Prüfung stationärer Abrechnung zu initiieren und stellt hier Gestaltungsvorschläge dar.

Status quo

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. Es verschwendet 1-2 Milliarden Euro die der Patientenversorgung entzogen werden.

Für die Krankenkassen sind Rückforderungen aus stationären Leistungen zu einem entscheidenden Faktor im Wettbewerb untereinander geworden. Dadurch stehen sie unter erheblichem Druck, hier hohe Beträge zu realisieren. Dieser Fokus dominiert das Prüfsystem, die Sicherstellung korrekter Abrechnung ist innerhalb des bestehenden Prüfsystems von nachrangigem Interesse. Gewinne aus Rückforderungen entstehen zu Gunsten der jeweils die Prüfung beauftragenden Krankenkassen. Da die Kosten der Prüfinstitution MDK jedoch im Umlageverfahren aus Mitteln der Versicherten getragen werden, fördert dies eine Ausweitung der Prüfung ohne Rücksicht auf eine sinnvolle Kosten-/Nutzenrelation.

Die Möglichkeit missbräuchlicher Anwendung des Prüfsystems begründet sich in folgenden Faktoren:

- Für viele Abrechnungsfälle gibt es Interpretationsspielräume über die korrekte Kodierung und Höhe der Abrechnung. Da die Kostenträger durch die seit 2015 geltende Prüfverfahrensvereinbarung berechtigt sind, Rückforderungen entsprechend ihrer Einschätzung des Falles sofort umzusetzen, entsteht eine massive Ungleichverteilung der Kräfte welche die Krankenkassen nutzen können ohne sich formal regelwidrig zu verhalten.
- Rückforderungen aus Kürzungen wegen vermeintlicher Fehlbelegung ignorieren die Zwänge der Versorgungsrealität fehlender Angebote für ambulante Versorgung oder zeitnahe Entlassung in eine kostengünstigere Nachversorgung.

Krankenhauseitig wird das gegenseitige Hochrüsten gefördert durch

- Krankenhäuser, die sich durch das aktuelle Prüfsystem in massiver Bedrängnis sehen und ihrerseits durch forciertes Hochabrechnen am Rande des Graubereiches ihrer Interpretationsspielräume agieren
- Krankenhäuser, die wegen fehlender Sanktionen für systematisch zu hohe Abrechnungen diese forcieren und wirtschaftlich profitieren

Auf Seiten von Krankenhäusern und Krankenkassen führt die Situation zu einer Hochrüstung durch Verwendung von Mitteln, die der Patientenversorgung entzogen werden.

Korrekturversuche, die das Scheitern zementiert haben

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, dass eine komplette Neuordnung 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.

Die DGfM fordert für eine solche Neuordnung folgende Grundbedingungen:

1. Gesetzgeberische Klarstellung der Prämisse des Ziels einer korrekten Abrechnung von Krankenhausfällen. Alle geschaffenen Regeln müssen belastbar in diese eine Richtung wirken
2. Neutrales Prüfsystem mit dem Ziel einer hohen öffentlichen Transparenz
3. über die Korrektheit von Krankenhausabrechnungen bezogen auf jedes einzelne Krankenhaus
4. über das Prüfverhalten der einzelnen Krankenkassen bezüglich des Anfragevolumens, der erreichten Retaxierungen und der Begründetheit ihrer Prüfaufträge in der Einzelfallprüfung
5. Konsequenzen für systematische Falschabrechnungen, die für vorsätzlich zu hoch abrechnende Krankenhäuser empfindlich sind und deutlich über die bisher bestehende Rückzahlungsverpflichtung bei Rechnungskorrekturen im Einzelfall hinausgehen

Folgende Säulen bilden nach den Vorstellungen der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling die Basis für ein reformiertes Prüfsystem stationärer Abrechnung:

1. Reduktion der durch die individuellen Kostenträger ausgelösten Einzelfallprüfungen auf maximal 2% der einer Krankenkasse in Rechnung gestellten Fälle, Definition eines Mindestbetrages potenzieller Rückforderung als Grundlage für die Rechtmäßigkeit eines Einzelprüfauftrages. Erhöhung der zulässigen Prüfquoten bei Verdacht auf Falschabrechnungen aus den Ergebnissen der Datenanalysen (siehe 2.) oder aus den Stichprobenprüfungen (siehe 3.). Systematische Datenerfassung über alle Prüfaufträge der Einzelfallprüfungen mit öffentlicher Publikation der Ergebnisse.
2. Identifikation von systematischen 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. Öffentliche Publikation der Ergebnisse dieser Analysen.

3. 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. Öffentliche Publikation der Ergebnisse dieser Stichprobenprüfungen.
4. Ausgliederung der Strukturprüfung aus den Stichproben und Einzelfallprüfungen hin zu einem prospektiven Verfahren als Basis für die Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung spezifischer Leistungen. Restrukturierung der betroffenen OPS Codes durch eindeutige Trennung von nachzuweisenden Strukturmerkmalen und (prüfbaren) Merkmalen der individuellen Behandlung
5. Aufwertung von Schlichtungsstellen, die für strittige Konstellationen schnell und grundsätzlich Klarstellungen schaffen ohne den Blockadeoptionen der Selbstverwaltungspartner zu unterliegen

Dr. Nikolai von Schroeders
Vorstandsvorsitzender

Dr. Erika Raab
Stv. Vorstandsvorsitzende