



Foto: pavelvinnik – Fotolia

Prüfungen von Krankenhausabrechnungen unter Ausschluss der Krankenhäuser?

Kritische Anmerkungen zu Abrechnungsprüfungen durch den MDK aus Sicht eines großen öffentlich-rechtlichen Krankenhauses

Von PD Dr. Christine Petersen-Benz und Dr. Martin Holder

In die Diskussion über neue Strategien zur Senkung des Ressourcenaufwandes für MDK-Prüfungen wurden nun auch seitens des MDK Vorschläge eingebracht. Diese beinhalten unter anderem, dass es sinnvoll wäre, wenn die Möglichkeit der nachträglichen Rechnungskorrektur durch Krankenhäuser nach einer kritischen Feststellung durch den MDK ersatzlos entfiel. Im Klartext bedeutet dies, dass der MDK es begrüßen würde, wenn negative sozialmedizinische Empfehlungen von den Krankenkassen eins zu eins in Rechnungskürzungen umgesetzt würden und den Krankenhäusern die Möglichkeit entzogen würde, diesen Kürzungen im Rahmen eines Nachverfahrens zu widersprechen. Nach Meinung des MDK sollten auch die Krankenhäuser diesen Vorschlag unterstützen, da sich der Verwaltungsaufwand mit MDK-Prüfungen hierdurch reduzieren ließe.

Rechnungsänderungen gleich Korrekturen von Fehlkodierungen?

Als Begründung für die hohe Anzahl von Rechnungsprüfungen wird seitens des MDK immer wieder auf den hohen Korrekturbedarf von Krankenhausabrechnungen verwiesen – es müsse nahezu jede zweite Krankenhausabrechnung korrigiert werden. Ursache des Problems seien die durch das DRG-System bedingten Anreize für Fehlkodierungen. Aus Sicht des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf entspricht die pauschale Gleichsetzung von Rechnungskorrekturen mit „Fehlkodierungen“ einer holzschnittartigen Darstellung, die nicht dazu dienen kann, die Notwendigkeit von weiter ansteigenden Prüfquoten zu belegen.

Dies liegt in erster Linie daran, dass Streichungen erlösrelevanter Diagnosen bzw. Prozeduren nicht

Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sind mit einem permanent steigenden Ressourcenverbrauch verbunden. Dies hat zu einer Diskussion über die Rahmenbedingungen für Rechnungsprüfungen geführt. Von Seiten des Bundesrechnungshofes wurden hierzu Vorschläge erarbeitet. Diese beinhalten die Einführung von Strafzahlungen für Krankenhäuser bei Fehlkodierungen sowie die Einführung von Stichprobenprüfungen mit Hochrechnung auf die gesamten Abrechnungen des Krankenhauses.

Keywords: Abrechnung, Recht, Strategie

gleichbedeutend damit sind, dass diese nicht vorhanden waren bzw. nicht erbracht wurden.

Negativergebnisse für das Krankenhaus resultieren in vielen Fällen daraus, dass die Dokumentation den

zum Teil sehr hohen formalen Anforderungen nicht genügt. Ist die Dokumentationsgrundlage zwar plausibel, aber nicht beweisfest, so muss das Krankenhaus diese Streichungen hinnehmen.

Des Weiteren existieren häufig Konstellationen, in denen medizinische und formale Argumente im Hinblick auf mögliche Kodiervarianten abgewogen werden müssen. Die Voraussetzung für diese inhaltliche Auseinandersetzung ist eine sorgfältige Evaluation der Patientenakte. Insbesondere in diesem Punkt weisen die Gutachten des MDK aus unserer Erfahrung erhebliche Qualitätsunterschiede auf. Besonders kritikwürdig ist diesbezüglich, dass im Bereich von Aktenlageprüfungen ein erheblicher Teil von Streichungen darauf beruht, dass tatsächlich in der Akte vorhandene Inhalte bei der Begutachtung übersehen werden. Dies wirkt sich nicht nur auf die Kodierung, sondern auch auf die Beurteilung von Krankenhausverweildauern aus. Verweildauerkürzungen erfolgen – basierend auf den vom DRG-System implizierten Verweildauergrenzen – nahezu systematisch und berücksichtigen immer seltener die einzelfallspezifischen Begleitumstände.

Aufgrund der Heterogenität der Qualität von MDK-Gutachten ist es erforderlich, dass die Krankenhausseite die Möglichkeit hat, mangelhaften Beurteilungen zu widersprechen. Auch die Krankenkassen sollten daran interessiert sein, dass unzureichend berücksichtigte oder komplett übersehene Aspekte im Rahmen von nachträglichen Fallklärungen einbezogen werden. Durch sachgerechte leistungsrechtliche Entscheidungen lassen sich langwierige und für beide Seiten aufwändige Sozialgerichtsklagen in vielen Fällen vermeiden.

Die Basis für den aktuellen Vorschlag des MDK wurde durch die seit 2017 geltende Prüfvereinbarung gelegt. Nach dieser obliegt die Entscheidung darüber, ob ein Nachverfahren eingeleitet wird, allein der Krankenkasse. Dies hat bereits jetzt dazu geführt, dass einzelne Krankenkassen nach Erhalt des MDK-Gutachtens dem Krankenhaus lediglich ihre leistungsrechtliche Ent-

scheidung mitteilen und keinen Widerspruch zulassen. Das Krankenhaus hat in dieser Situation also keine Möglichkeit mehr, auf unzureichend gewürdigte, fehlende oder gar falsche Sachverhaltsschilderungen bzw. Bewertungen hinzuweisen. Fallklärungen durch Einbeziehung der Argumente von MDK und Krankenhaus werden von diesen Krankenkassen nicht angestrebt und das Krankenhaus ist gezwungen, seine Ansprüche ggf. sozialgerichtlich durchzusetzen. Die Folge dieser Strategie ist eine Zunahme sozialgerichtlicher Auseinandersetzungen mit einem hohen Ressourcenaufwand für beide Seiten.

Ist eine Abschaffung des Widerspruchsverfahrens die Lösung?

Aus Sicht des Krankenhauses stellt sich die Frage, ob sich hinter dem Vorschlag, das Widerspruchsverfahren abzuschaffen, nicht vor allem das Interesse des MDK verbirgt, seine Ressourcen an „Gutachterzeit“ auf die Erstbegutachtung zu beschränken. Dies scheint der Zielsetzung zu dienen, die „Effektivität“ von MDK-Prüfungen zu erhöhen, ohne allzu hohe Ansprüche an die Ergebnisqualität zu erfüllen.

Was das Begehungsverfahren betrifft, so eröffnet dieses Prüfverfahren grundsätzlich die Möglichkeit, Kodierungen und Verweildauern zwischen Krankenhaus und MDK zu konsentieren. Allerdings zeigen die Erfahrungen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, dass dieses Verfahren derzeit nur dann vom MDK präferiert wird, wenn die vom MDK definierten Vorgaben für die Durchführung von Begehungen umgesetzt werden. Diese Vorgaben stellen sicher, dass der Aufwand der Akten­sichtung primär auf das Krankenhaus verlagert wird. Hierdurch sollen die MDK-Gutachter in die Lage versetzt werden, eine hohe Zahl von Fallprüfungen mit einem möglichst geringen zeitlichen Aufwand durchzuführen. Die auf der Krankenhausseite aufzuwendenden Ressourcen für Vorbereitung und Durchführung von Begehungen gehen unter diesen Bedingungen weit über die Bereitstellung der erforderlichen Unterlagen hinaus. Da das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf den einseitig vom MDK de-

finierten Vorgaben nicht nachkam, stellte der MDK Nord das Prüfverfahren auf das Aktenlageverfahren um.

Das Vorgehen in der Praxis am Beispiel des UKE

Beim Aktenlageverfahren wird dem Krankenhaus eine Prüfankündigung mitsamt einer Aufforderung für die Übersendung von Unterlagen zugesandt. Nach fristgerechtem Versand erfolgt eine Aktenlagebegutachtung durch den MDK. Insbesondere bei umfangreichen Akten weisen die resultierenden Gutachten große Schwankungen in Bezug auf die Qualität der Auseinandersetzung mit den übermittelten Unterlagen auf. In einer erheblichen Anzahl von Fällen resultieren Streichungen, weil tatsächlich vorhandene Nachweise nicht oder nur zum Teil berücksichtigt wurden. Solche „Rechnungsänderungen“ sind keine Korrekturen von Fehlkodierungen, sondern eine Ursache begründeter Dissensfälle. Dies gilt auch für eine erhebliche Zahl von Verweildauerkürzungen und für viele im Rahmen der Erstbegutachtung nicht bestätigte Zusatzentgelte.

Werden von Seiten des Krankenhauses versehentlich nicht alle „entscheidungserheblichen Unterlagen“ übermittelt, so erfolgt von Seiten des MDK eine Begutachtung, ohne dass diese Unterlagen beim Krankenhaus nachgefordert werden. Die hierbei wegen „unzureichender Belege“ vollzogenen Streichungen von Diagnosen und Prozeduren sind inhaltlich nicht gerechtfertigt und sicherlich nicht als Korrekturen von Fehlkodierungen einzustufen.

Was die Beurteilung von Indikationsfragen betrifft, so ist die Qualität der MDK-Gutachten äußerst heterogen. Ein erheblicher Teil dieser oft sehr komplexen Behandlungsfälle wird derzeit aus unserer Erfahrung nicht fachspezifisch beurteilt. Besonders in diesem Bereich sind MDK-Gutachten nicht unfehlbar und in ihrer Konsequenz für die medizinische Versorgung von Menschen mit schweren Seltenen Erkrankungen äußerst fragwürdig.

Erfreulicherweise sind einzelne sehr große Krankenkassen der Auffassung, dass es nicht „nur“ um das

Geld der Versicherten geht, sondern auch um eine qualitativ hochwertige Versorgung. Diese Auffassung ist verbunden mit der Bereitschaft, erbrachte und medizinisch notwendige Leistungen adäquat zu vergüten. Das Verhältnis dieser Krankenkassen zu den Krankenhäusern ist konstruktiv. Dies äußert sich in Form einer von gegenseitiger Rücksichtnahme geprägten Kommunikation und in einem fairen Umgang mit den Ergebnissen von MDK-Abrechnungsprüfungen. Als Basis für leistungsrechtliche Entscheidungen dienen diesen Krankenkassen sowohl die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen als auch die Widerspruchs-Stellungnahmen des Krankenhauses. Bestehen Schwierigkeiten bei der Bewertung komplexer medizinischer Inhalte, so wird die Möglichkeit genutzt, den MDK mit einer nochmaligen Begutachtung unter Berücksichtigung der Argumente des Krankenhauses zu beauftragen. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass es hierdurch in vielen Fällen gelingt, eine Fallklärung zu erzielen, ohne dass die Sozialgerichte bemüht werden müssen. Unter der Zielsetzung, Krankenhausabrechnungen sachgerecht und im Sinne einer hochwertigen Versorgung der Versicherten zu bewerten, sollte das Widerspruchs- bzw. Nachverfahren zukünftig einen festen Platz in der Prüfvereinbarung bekommen.

Wie kann eine Lösung aussehen?

Um überbordende MDK-Einzelfallprüfungen zu reduzieren, müssen auch aus Krankenhaussicht neue Lösungswege gesucht werden. Eine Möglichkeit wäre z. B. die Kopplung der Ergebnisse von Strukturprüfungen an die Anzahl von Einzelfallprüfungen. Als Beispiel sei hier die Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (OPS 8-987) erwähnt. Besteht eine Krankenhaus-Fachabteilung eine solche Strukturprüfung, so sollte sie für einen bestimmten Zeitraum von Einzelfallprüfungen zu diesem Komplexbehandlungs-Code befreit werden. Dies hätte im Übrigen auch positive Auswirkungen auf die (aus Sicht der Pflegekräfte überbordenden) Dokumentationspflichten, die derzeit eine minutengetreue Auflistung von Isolations- und Desinfektionsmaßnahmen beinhalten.

Alternativ wäre in diesem Zusammenhang zu erwägen, anstelle der primär dokumentationsorientierten MDK-Strukturprüfungen, ergebnisorientierte Kontrollen durch externe Krankenhaushygiene-Spezialisten einzuführen.

Weiterhin wäre es zielführend, die derzeit hohe Rate an Einzelfallprüfungen auf Abteilungen bzw. Krankenhäuser zu beschränken, für die der MDK anhand seiner zahlreichen Prüfergebnisse nachvollziehbare Hinweise für systematische Fehlkodierungen liefert. Auch aus Sicht von Krankenhäusern, die sachgerecht kodieren, wären Stichprobenprüfungen in diesem Fall eine Option. Dies gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass sich das Ergebnis solcher Stichprobenprüfungen auf die Anzahl von Einzelfallprüfungen auswirkt. Krankenhausabteilungen, denen keine systematische Fehlkodierung nachgewiesen werden kann, sollten damit rechnen dürfen, dass sie ihre Aufwände für MDK-Prüfungen reduzieren können. ■

PD Dr. Christine Petersen-Benz

Universitäres DRG-Center (UDC)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
(UKE)
Martinistr. 52
20246 Hamburg
c.petersen-benz@uke.de

Dr. Martin Holder

Universitäres DRG-Center (UDC)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
(UKE)
Martinistr. 52
20246 Hamburg
m.holder@uke.de