

03.07.2020 Politik

BDC-Praxistest: Neuregelung im MDK Verfahren – was muss man wissen, um nicht zu verlieren?

C. J. Krones



Das MDK Reformgesetz, das zum 01. Januar 2020 in Kraft getreten ist, ändert viele Vorgaben in der Krankenhausabrechnung. Unvorbereitet drohen zum Teil erhebliche Einnahmeverluste. Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es deshalb, die unmittelbar für die Erlössituation relevanten Neuerungen darzulegen, beispielhaft zu illustrieren und mögliche Strategien anzubieten, mit denen die Neuregulierung begleitet werden könnte.

Abrechnungsprüfung als Instrument der Rückerstattung

Die Zahl der stationären Behandlungen in Deutschland beträgt ca. 20 Millionen/Jahr. Damit entstanden für die GKV in 2017 Kosten von ca. 75 Milliarden Euro/Jahr. Der GKV-Spitzenverband konnte nach eigenen Angaben über eine MDK-Prüfquote von 17 Prozent im gleichen Jahr eine Rückerstattung von ca. 2,8 Milliarden (ca. 4 Prozent) realisieren. Abrechnungsprüfungen sind für die Kostenträger also zu einem lukrativen und sehr zeitnahen Instrument der Kostenbegrenzung geworden, zumal Rückforderungen auch mit aktuellen Zahlungsforderungen der Krankenhäuser aufgerechnet werden.

Bundesweit fällt ein deutlicher Anstieg der Prüfquoten von zehn bis 17 Prozent in den Jahren 2007 bis 2015 auf über 20 Prozent in 2018 auf. Der GKV Spitzenverband berichtet parallel seit längerem auch in der Presse durchaus mit vorwurfsvoller Intention über einen hohen Anteil falscher Fallabrechnungen, und fordert eine grundsätzliche Verbesserung der Abrechnungsqualität. Das Thema wird aber kontrovers diskutiert. Denn aus Sicht der Krankenhausverbände ist nachgewiesen, dass die weit überwiegende Anzahl aller vom MDK geprüften Rechnungen als korrekt beurteilt wird. Moniert würden überwiegend solche Rechnungen, bei denen die Prüfer tatsächlich erbrachte Leistungen grundsätzlich in Frage stellten, wie etwa bei möglicher ambulanter Behandlung oder früherem Entlassungszeitpunkt. Grund dafür sind bekanntlich häufig fehlende Kapazitäten im ambulanten Bereich. Die diskrepanten Einschätzungen sind aber auch Ausdruck des hochkomplexen deutschen DRG-Systems mit seinen jährlichen Änderungen und Anpassungen und der im Verhältnis dazu vielerorts noch nicht ausreichend professionalisierten Kodier- und Abrechnungsstruktur. Beide Parteien, Krankenhäuser wie Kassen, sind an einer korrekten Abrechnung interessiert, doch viele komplexe Konstellationen stellen in der Abbildung im Kodiersystem

eine echte Herausforderung dar, die vielfach konträr ausgelegt werden kann, und dann natürlich auch konträr diskutiert wird.

Die GKV ist bestrebt, ihre Ausgaben zu begrenzen – betriebswirtschaftlich gesehen ein sinnvoller Ansatz. Die Krankenhäuser versuchen ihre Erlöse zu optimieren – auch das ist betriebswirtschaftlich ein sinnvoller Ansatz. Um diesem Disput eine übergeordnete Instanz zu verschaffen, transformiert die aktuelle Reform den ehemaligen Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in eine eigenständige Körperschaft, den Medizinischen Dienst (MD), der nun unabhängig die postulierte Rate an Fehlabrechnungen begrenzen soll. Klares Ziel der Reform ist die einheitlich und transparent gestaltete Prüfung der Krankenhausabrechnung. Strittige Kodier- und Abrechnungsfragen sollen systematisch vermindert werden. Dazu erhält der MD mit möglichen Strafzahlungen ein Sanktionsinstrument, das er dynamisch, aber nur auf einer Seite einsetzen kann. Maßregelungen der Kostenträger sind nicht vorgesehen, die Strafen für die Krankenhäuser besitzen einen kurzen, eigenen Katalog. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat vor dem hohen finanziellen Anreiz der Leistungskürzung gewarnt, und befürchtet ein bundesweites Defizit für Krankenhäuser um 400 Millionen Euro. Als besonders problematisch wird dabei der mögliche Fokus auf die Prüfung von Verweildauerverstößen beurteilt, die, wie bereits beschrieben, oftmals Folge ambulanter Strukturlücken und zudem aber auch sehr variabel interpretierbar sind.

Gesetzliche Neuerungen ab 01.01.2020

- Eine nachträgliche Rechnungskorrektur ist nicht mehr erlaubt.

Damit muss anders als bisher im ersten Anlauf eine vollumfänglich sach- und fachgerechte Rechnung eingereicht werden. Die ehemals mögliche Nachreichung abrechnungsrelevanter Fakten und auch die Korrektur von formalen Fehlern entfallen.

Addendum: die Regelung wurde durch die ÜbergangsPrüfVv der Selbstverwaltungspartner bis zum 30.06.2020 außer Kraft gesetzt. Bis zum 30.06.2020 sind Rechnungskorrekturen also noch möglich.

- Zur Ahndung von Rechnungsfehlern werden Strafzahlungen von 10 Prozent des Rechnungsänderungswerts, mindestens aber 300 Euro eingeführt.

Die Konsequenz dieses auf den ersten Blick wenig dramatisch erscheinenden Punktes wird im Folgenden noch genauer erläutert.

- Die Prüfquote ist für 2020 auf 12,5 Prozent festgeschrieben. Sie wird für 2021 abhängig von der in 2020 ermittelten Korrekturquote nach einem festen Schlüssel festgesetzt.

Die Prüfquote wird also allein durch die prüfende Instanz festgelegt.

- Die Prüffrist des MD wird von sechs Wochen auf vier Monate erhöht.

Damit können über einen viel längeren Zeitraum als bisher Fälle mit relevantem Kürzungspotential ermittelt, und dann auch ohne Zeitdruck durch den MD geprüft werden.

- Die Korrekturquoten werden quartalsweise pro Krankenhaus durch den GKV Spitzenverband veröffentlicht.

Damit soll öffentlicher Druck erzeugt werden.

- Strukturprüfungen erhalten erstmals eine Rechtsgrundlage.

Die Kliniken müssen alle Komplexbehandlungen, die sie in 2021 erbringen wollen, in 2020 durch den MD prüfen lassen. Die bestandene Strukturprüfung ist Voraussetzung für die Vereinbarung der Leistungserbringung in den anschließenden Budgetverhandlungen.

- Die Neuregelung des Katalogs ambulanter OP-Leistungen kommt erst 2021.

Korrigierte Abrechnungen

Dieser Punkt ist deshalb so brisant, weil bisher zahlreiche Korrekturen einfach nachgereicht werden konnten. Formale Änderungen wie beispielsweise beim Entlassungsgrund (nach Hause, Verlegung in ein Akutkrankenhaus oder in eine Reha usw.) wurden bisher gar nicht sanktioniert. Allein eine Änderung des Entlassungsgrundes in z. B. „Verlegung“ kann jetzt aber nicht nur die bekannten Verlegungsabschläge nach sich ziehen, sondern bei Korrektur durch den MD dazu auch eine Strafzahlung von mindestens 300 Euro auslösen. Darüber hinaus erhöht sich mit jedem Fehler bei der Berechnung für 2021 die Gesamtfehlerquote, und damit unter Umständen automatisch auch die Prüfquote. Eine eigentlich nur formale Korrektur kann unter den neuen gesetzlichen Vorgaben nun also eine doppelte Bestrafung induzieren.

Im aktuellen deutschen Klinikalltag häuft sich dazu allein aus spezieller Labordiagnostik eine durchaus relevante Menge an nachlaufenden Befunden an. Oftmals ist daran auch die in den meisten Häusern noch nicht ausreichend fortgeschrittene Digitalisierung der Krankenakte beteiligt. Viele Befundsysteme sind nicht miteinander vernetzt. Stattdessen gehen viele Informationen bis heute noch in Papierform ein. Und am Ende der Behandlung muss die Akte dazu noch elektronisch (datensicher) verfilmt werden, um dann zur MD-Prüfung komplett vorzuliegen. Diese Bedingungen können in einem Großversorger pro Jahr leicht 100.000 Euro und mehr an rechnungserhöhender Korrekturen aus medizinisch begründeten Kodieränderungen auslösen.

Die auf den ersten Blick einfachste Lösung wäre mit dem Ziel einer exakteren Prüfungsmöglichkeit eine Verschiebung der Rechnungsstellung nach hinten, was aber in Abhängigkeit der Krankenhausgröße schnell Liquiditätsengpässe erzeugen kann. Das nachhaltigere Ziel muss also ein optimierter Aktenlauf sein. Dazu müssen die Disziplin der medizinischen Leistungserbringer verbessert, Befundungssysteme mit Schnittstellen versehen und Nachläufer vermieden werden. Befriedigend ist dieser Punkt zukünftig nur mit einer echten elektronischen Patientenakte zu erreichen, die faktisch bisher in kaum einer deutschen Klinik etabliert wurde.

Prüfquoten und Strafzahlungen

Die im neuen Gesetz festgelegte Prüfquote von 12,5 Prozent unterschreitet zwar die aktuelle Quote, wird allerdings ab 2021 dynamisiert, und kann damit die alte Rate deutlich übertreffen. Je nach Anzahl der auffälligen Fälle – nochmals: auch formale Fehler können dazuzählen – wird die Prüfquote gesteigert, genauso wie übrigens die Strafzahlungen (vgl. Abbildung 1). Zum jetzigen Zeitpunkt ist für 2020 bei einer Prüfquote von 12,5 Prozent von einer Strafzahlung in Höhe von 10 Prozent des Minderungsbetrages (mindestens 300 Euro) zusätzlich zum Minderungsbetrag auszugehen.

Abb. 1: Dynamisierung der Prüfquote ab 2021

Anteil Prüfung mit Beanstandung	Maximale Prüfquote	Strafzahlung (x % des Minderungsbetrages bis maximal 10 % des Rechnungsbetrages)
<40 %	5 %	0 %
40 % – 59 %	12,5 %	25 %, mindestens 300 Euro
60 % – 80 %	15 %	50 %, mindestens 300 Euro
>80 %	Unbegrenzt	50 %, mindestens 300 Euro + Anzeige Sozialministerium

Die Annahme einer Korrekturquote von ca. 40 % ist für viele Krankenhäuser nicht unrealistisch. Und formale Korrekturen sind dabei noch nicht mal eingeschlossen, so dass die abschließende Quote der dynamisierten Korrekturen vermutlich für manche Krankenhäuser noch höher ausfallen dürfte. Die daraus resultierende zukünftige Prüfquote wird übrigens allein durch den MD definiert, die einzelnen Krankenhäuser haben weder darauf Einfluss noch können sie die korrekte Quotenberechnung überprüfen.

Ob erfolgreiche Klagen gegen eine MD-Entscheidung rückwirkend Einfluss auf die Ermittlung der Prüfquote und die Strafzahlungen nehmen können, bedeutet unzweifelhaft einen langen Instanzenweg und erscheint vielen Juristen zudem wenig erfolgsversprechend. Auch durch eine in Nachhinein widerlegte Fehlentscheidung des MD werden also schwer zu korrigierende Fakten geschaffen. Pointiert formuliert drohen mit der Quotierung ab 2021 auf Krankenseite ungerechtfertigte Verluste in sechs- bis siebenstelliger Höhe. Aufgrund dieser gravierenden Auswirkungen der Gesetzesreform muss es prioritäres Ziel der Krankenhäuser sein, jeden Kürzungsansatz zu vermeiden und formale Fehler möglichst komplett zu eliminieren. Dies gelingt in erster Linie durch Schaffung klarer Verantwortungen in Verwaltung und Management und konsequente Schulungen der Behandlungsteams.

Dabei liegt im Zwist mit dem MD der Fokus auch in Zukunft am ehesten auf der Verweildauer. Denn eine Kürzung ist hier deshalb so interessant, da man – kolportiert – im Zweifel doch immer durch „Straffung des Behandlungsverlaufs“, kategorisches Definieren von „ambulanten Potential“ oder ein korrigierendes Umsetzen der Medikation (ex post!) leicht „einen, zwei oder drei Tage zum Streichen finden“ kann, und damit zugleich den Erlös mindert, eine Strafzahlung zur Refinanzierung des Prüfaufwandes generiert und die Prüfquote belastet. Es bedarf keiner großen Analyse, dass die Verweildauer das größte „Gefahrenpotential“ für Kürzungen bietet.

Strategien

Ziel der Bemühungen muss eine straffe Steuerung der Verweildauer sowie eine lückenlose Dokumentation des Behandlungsablaufs sein, um sowohl die stationäre Behandlung an sich als auch die Verweildauer ausreichend zu begründen. Als Krankenhaus lässt sich diesem Problem nur durch Optimierung sowohl der klinikinternen und als auch der fächerübergreifenden Abläufe begegnen.

Kommittent der Führungspersonen

Um ein hohe inhaltliche Überzeugung und ein starkes Engagement im Unternehmen zu erreichen erscheinen interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Arbeitsgruppen der sinnvollste Ansatz. Die intensive Einbindung der Chefarztebene erleichtert dabei die Durchsetzung der notwendigen Maßnahmen, die dann mit ausreichendem Nachdruck auf die nachgeordneten Arbeitsebenen übertragen werden können. Regelmäßige Treffen der Arbeitsgruppen z. B. im 14-tägigen Rhythmus erleichtern die Bilanzierung der getroffenen Maßnahmen und die notwendigen Anpassungen.

Beispielrechnung

Der folgende fiktive, realitätsnahe Fall illustriert beispielhaft die Auswirkungen einer Verweildauerkürzung.

Diagnose: Bauchdeckenphlegmone mit Abszess nach laparoskopischer IPOM-Versorgung bei inkarzierter Nabelhernie. Nebendiagnosen: Adipositas Grad III (initial 200 kg bei 184 cm, BMI 58,4 kg/m², bei Entlassung 160 kg), ARDS, Lungenarterienembolien bds., Stauungspneumonie, Septischer Schock, protrahiertes Weaning bei Delir. Therapie: Abszessspaltung mit VAC-Anlage, multiple Debridements und VAC-Wechsel, Tracheotomie, Langzeitintensivaufenthalt, Einleitung einer dauerhaften Antikoagulation. Verlauf: Nach langem Intensivaufenthalt Übernahme auf die Normalstation und spätere Verlegung in eine Reha-Einrichtung. Fallprüfung MD: Verkürzung der Verweildauer auf der Normalstation um sieben Tage.

Dies bedeutet für diesen Fall analog zu den oben genannten Prüfquoten und Strafzahlungen bei einer angenommenen Rechnungssumme von ca. 63.100 Euro:

In 2019 nur Erlösverlust durch gestrichene Tage:	ca. – 9.000 Euro
In 2020 zusätzlich Straf-Aufschlag in Höhe von 10 % des Differenzbetrages:	ca. – 9.900 Euro
In 2021 bei Beanstandungen von <40 % (keine Strafzahlung):	ca. – 9.000 Euro
bei Beanstandungen von 40–59 % (Strafe 25 % der Differenz)	ca. – 11.250 Euro
bei Beanstandungen >60 % (Strafe 50 % der Differenz)	ca. – 13.500 Euro

Maximalstrafe sind 10 Prozent des geminderten Abrechnungsbetrags, d. h. bei weiterer Verweildauerkürzung reine Strafzahlung in diesem Fall ca. 5.411 Euro.

Dokumentation

Die konsequente, tägliche Dokumentation des Behandlungsverlaufs sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Ebene ist nicht nur medizinisch sinnvoll, sondern auch das beste Mittel, um in der Diskussion mit dem MD zu bestehen. Angesichts der bürokratischen Belastung von Krankenhauspersonal ist die Durchsetzung dieses grundsätzlich doch einfachen Prinzips trotzdem traditionell sehr anspruchsvoll. Neben einem Mangel an Zeit bestehen häufig gerade bei jüngeren Mitarbeitern Unsicherheiten, was eigentlich dokumentiert werden soll. Hier böte

sich als einfache Hilfestellung z. B. die verpflichtende Einführung von SOAP notes an, die täglich kurz die Beschwerden (Subjective), die Befunde (Objective), die Einschätzung (Assessment) und den Handlungsplan (Plan) skizzieren. Photographien können die Wunddokumentation sinnvoll ergänzen. Eine solche standardisierte Verlaufsbeschreibung erleichtert in Zeiten häufiger Personalwechsel auch die Wahrung der Behandlungskontinuität. Doch auch die medizinisch beste Dokumentation nützt in der MD-Prüfung wenig, wenn nicht klar daraus hervorgeht, dass die stationäre Behandlung indiziert und wirklich jeder Krankenhaustag gerechtfertigt ist. Das bedeutet, dass oftmals medizinisch nachgeordnete Sachverhalte, die primär nicht unbedingt dokumentationswürdig erscheinen, durchaus in der kritischen Durchsicht den entscheidenden Unterschied machen können. Einfache Beispiele aus der Chirurgie wären neben der Qualität von Drainagesekret auch die Menge oder eine Demenz als komplizierender Faktor der Compliance.

Visitenbegleitung

Nachhaltige Lerneffekte bei den dokumentationsverantwortlichen Ärzten und Pflegekräften lassen sich durch regelmäßige Visitenbegleitungen erreichen. Kodierfachkräfte erkennen Versäumnisse in der Dokumentation direkt, und können dann sofort schulend intervenieren. Die enge Kooperation von Ärzten und Pflege mit dem Kodierwesen mag ethisch bedauerlich sein, erscheint in Hinblick auf eine stringente Dokumentation in heutigen Zeiten aber fast unerlässlich. Das interprofessionelle Verhältnis bleibt aber oft fragil, insbesondere, wenn Ärzte und Pflege sich aus durchaus gutem Grund auf ihren eigentlichen Aufgaben der Linderung und Heilung zurückziehen. Ärzte und Pflege machen primär Medizin, das Management Zahlen und Geld. Hier ist also seitens der Führungsebene eine behutsame Moderation nötig, bei der die Professionen ihre prädominanten Kernkompetenzen behalten, aber gleichzeitig ein Konsens in der Sache demonstrieren müssen. Ein simples Abwälzen der Dokumentation auf Arzt und Pflege wird ohne professionelle Begleitung und zielgerichtetes Steuern nur zu größerer Frustration und Abwehr führen. Das ist dann genauso kontraproduktiv wie die moralinsaure Begleitung jeder verwaltungstechnischen Neuerung durch die leitende Ärzteschaft oder die Pflegedirektion. In der praktischen Umsetzung sollte schließlich Pragmatismus walten. Im Idealfall wird die Dokumentation besser, aber nicht aufwendiger. Die automatisierte, optische Markierung kritischer Fälle im Krankenhausinformationssystem in Nähe zur unteren oder oberen Grenzverweildauer kann nach den Schulungen dann dauerhaft die Aufmerksamkeit erhalten.

Steuerung der Verweildauer

Die Steuerung der Verweildauer ist keine Zielgröße des leitenden Arztes, sondern eine Herausforderung für das gesamte Behandlungs- und Verwaltungsteam. Grundsätzlich und sehr simpel geht es um die Kombination optimaler Behandlungsergebnisse in einer ebenfalls optimalen Verweildauer. Die größte logistische Herausforderung sind dabei Patienten, welche nicht nach Hause entlassen werden können, weil sie entweder zu krank sind oder ambulant nicht versorgt werden können und oder zeitnah keinen geeigneten Versorgungsplatz bekommen. Um die intern beeinflussbaren Faktoren zu identifizieren, bietet sich im ersten Schritt eine Prozessanalyse im eigenen Haus an. Zielparameter sind dabei vordergründig Anmeldungen und Organisationsabläufe bei verschiedenen Verlegungs- oder Entlassungsoptionen, wie z. B. Akutgeriatrie, Geriatriische Reha, Kurzzeitpflege, Dauerpflegeeinrichtung, ambulante Pflege, Hospiz, ambulanter Pflegedienst, betreutes Wohnen etc.). Es empfiehlt sich diese Analyse primär in jeder Fachabteilung separat vorzunehmen, da sich hier sehr oft ein ganz inhomogenes Bild zeigt. Im zweiten Schritt müssen dann die Schnittmengenbereiche identifiziert und betrachtet werden. Das betrifft dann vor allem den Bereich der hausinternen Verlegungen. Dazu zählen aber auch ein zeitnahes Konsilwesen, stringente Diagnostikleistungen (Radiologie, Endoskopie, Funktionen) und das flexible Nachsteuern bei Personalengpässen. Lösungsansätze für das Gesamthaus erarbeitet man interdisziplinär unter Einbezug der Leitungsebene.

Fazit

Die im MDK Reformgesetz beinhaltetete Neuregelung der Krankenhausabrechnung stellt die stationären Leistungserbringer ab 2020 vor große Herausforderungen, denen man nur als kooperierendes Kollektiv erfolgreich begegnen kann. Die durch Regress und Strafen zu erwartenden Verluste, die für große Versorger ohne weiteres eine Größenordnung zwischen 500 Tsd bis zu 1 Mio Euro betragen können, werden sich wahrscheinlich nicht komplett ausgleichen lassen. Diese Option würde auch das Gesetz ad absurdum führen, denn es ist zu aller erst ein weiteres Instrument zur Krankenhausschließung. Die wirtschaftliche Situation verschärft sich zusätzlich noch durch die Ausgliederung der Pflege aus der DRG, die Personaluntergrenzen, die Tarifabschlüsse sowie die immer wachsenden Allgemein- und Sachkosten. Eine Fallzahlsteigerung zum Ausgleich der Belastungen ist dabei mittlerweile unrealistisch, da in Deutschland seit ca. zwei Jahren ein Fallzahlplateau erreicht zu sein scheint. Die Aufgabe ist also bekannt. Kluges, gesetzeskonformes Handeln kann die negativen Effekte der reformierten Abrechnungsprüfung relevant mindern.

Krones CJ: Neuregelung im MDK Verfahren – was muss man wissen, um nicht zu verlieren? Passion Chirurgie. 2020 Juni, 10(6): Artikel 05_01

Autor des Artikels



Prof. Dr. med. Carsten Johannes Krones

Leiter Themen-Referat „Leitende Krankenhauschirurg:innen“
im BDC
Marienhospital Aachen
Allgemein- u. Viszeralchirurgie
Zeise 4
52066 Aachen
[> kontaktieren](#)