

Viel Neues für alle

Abrechnungsprüfungen bei Kliniken sollen seltener stattfinden, dafür aber effektiver werden. Auch das ist Ziel des MDK-Reformgesetzes. Erreicht werden soll dies mit der Einführung neuer Regelungen für die Krankenhausabrechnungsprüfung.

Die Zeit ist knapp: Das Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) enthält gravierende neue Regelungen für die Krankenhausrechnungsprüfung – und setzt die Verfahrensbeteiligten unter erheblichen Druck. Das

Neue Prüfquote, weniger Gutachten?

Gesetz, erst zu Beginn dieses Winters beschlossen, wird bereits ab dem 1. Januar 2020 große Wirkung zeigen. So gibt es sofort eine Quote für die den Krankenkassen erlaubten Rechnungsprüfungen, die sogenannte Prüfquote. Sie wird zu einem deutlichen Rückgang der beauftragten MDK-Gutachten führen. Parallel dazu ist eine ganze Reihe von zum Teil komplexen Neuregelungen vorgesehen. Diese müssen unter erheblichem Zeitdruck entwickelt und eingeführt werden.

Richtige Ideen

Zuletzt gab es immer mehr Krankenhausabrechnungsprüfungen durch die Medizinischen Dienste: Zwischen 2014 und 2018 hat sich die Zahl von rund 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen erhöht, dabei ergab sich bei gut 50% der geprüften Rechnungen Korrekturbedarf. Ein enormer Prüf-Aufwand, der in einem hohen Ausmaß Personal bei den Medizinischen Diensten, aber auch in den Krankenhäusern bindet. Das Ziel des MDK-Reformgesetzes, die Anzahl der Prüfungen zu reduzieren, ist daher durchaus richtig.

Genauso richtig und wünschenswert ist es, dass Krankenhäuser, die ihre Rechnungen sorgfältig und mit wenig Korrekturbedarf stellen, weniger geprüft werden als solche mit häufigem Korrekturbedarf. Auch ohne Prüfquoten haben die Krankenkassen bisher

schon gezielt geprüft: Bereits heute werden in manchen Kliniken weniger als 5% aller Rechnungen geprüft – bei anderen aber fast die Hälfte. Letztere sind die Kliniken, bei denen entweder organisatorisch etwas schief läuft oder die vielleicht sogar bewusst Erlösoptimierung über eine »fantasievolle Gestaltung« ihrer Abrechnungen betreiben.

Nicht weniger Aufwand für die Gutachter

Der Anteil der beanstandeten Abrechnungen im dritten Quartal 2020 ist der Maßstab, an dem sich für das erste Quartal 2021 sowohl die individuelle Prüfquote eines Krankenhauses als auch die Höhe der künftig fällig werdenden Sanktionszahlungen der Krankenhäuser bemisst. Prüfquo-

Fixe Prüfquote und Strafzahlungen

Der Umfang der von den Krankenkassen beauftragten Abrechnungsprüfungen der Medizinischen Dienste wird 2020 durch eine fixe Prüfquote begrenzt: Es dürfen maximal 12,5% aller Krankenhausabrechnungen geprüft werden. Ab 2021 orientiert sich die Prüfquote an den Ergebnissen der MDK-Begutachtungen des vorvergangenen Quartals. Sind weniger als 40% der geprüften Abrechnungen korrekt, dann können 15% geprüft werden. Sind 40 bis 60% korrekt, dann werden 10% geprüft. Eine gute Quote korrekter Abrechnungen von 60% oder mehr bedingt eine maximale Prüfquote von 5% pro Krankenhaus. Die Krankenhäuser werden bei erforderlichen Rechnungskorrekturen darüber hinaus finanziell sanktioniert: 2020 ist eine

Strafzahlung in Höhe von 10% der Differenz zwischen korrektem und falschem Rechnungsbetrag vorgesehen, mindestens aber 300 Euro. Ab 2021 haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Rechnungen unterhalb von 60% neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und geminderten Rechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Die Höhe dieses Aufschlags – 25 oder 50% – richtet sich nach dem Anteil der unbeanstandeten Rechnungen des jeweiligen Krankenhauses. Mindestens beträgt er 300 Euro, höchstens darf sich der Aufschlag jedoch auf 10% des geminderten Abrechnungsbetrags belaufen.

ten und Höhe der Strafzahlungen werden quartalsweise angepasst. Begutachtungsergebnisse haben somit künftig für Kliniken wesentlich weitreichendere Folgen als die bloße Zurückzahlung ungerechtfertigt erhobener Rechnungsbeträge. Dies sowie die geplante Abschaffung der Verrechnungsmöglichkeit für Krankenkassen werden dazu führen, dass der Aufwand für die MDK-Gutachter im Einzelfall steigen wird. Können heute im Rahmen von Krankenhausbegehungen viele Fälle im Konsens und mit relativ schlanken Formalien geklärt und abgewickelt werden, wird künftig vermutlich zu jedem Fall ein ausführliches Gutachten angefertigt werden müssen. Auch werden die Krankenkassen vor Beauftragung einer Begutachtung voraussichtlich intensiverer Beratung bedürfen. Denn bei deutlich reduzierten Prüfquoten wird eine gute Fallauswahl noch wichtiger.



Neue spannende Aufgabe ...

Die vom Krankenhaus erbrachte Behandlungsleistung wird über sogenannte Prozedurenkodes (OPS-Kodes) dokumentiert. Um in komplexen Behandlungssituationen diese Dokumentation straffen zu können, wurden sogenannte OPS-Komplexkodes definiert. Darin sind für einzelne Leistungsbereiche unterschiedliche Voraussetzungen beschrieben, die bei der Behandlung eines Patienten erfüllt sein müssen, damit ein entsprechendes Entgelt abgerechnet werden kann. Die definierten Merkmale beschreiben strukturelle Voraussetzungen wie technische Ausstattung, Zahl sowie Qualifikation von Personal und prozessuale Anforderungen im Behandlungsverlauf. Die mit diesen OPS-Komplexkodes beschriebenen Leistungen werden relativ hoch vergütet. Da bisherige Prüfungen zeigten, dass Kliniken die Voraussetzungen der Abrechnung nicht immer erfüllten, wurden OPS-Komplexkodes in der Einzelfallbegutachtung bislang häufig geprüft. Dabei stellen einige Strukturmerkmale recht konstante Fakten dar.

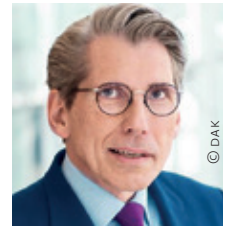
Künftig müssen Krankenhäuser den MDK damit beauftragen, die Strukturmerkmale der OPS-Komplexkodes, die sie künftig abrechnen wollen, vorab zu prüfen und zu be-

scheinigen. Die entsprechende Bescheinigung ist ab 2021 Voraussetzung für eine Abrechnung. Hierbei handelt es sich um eine neue Konstellation, deren Einzelheiten in der ersten Richtlinie zu regeln sind, die der MDS als zukünftiger MD Bund bis zum 30. April 2020 erlassen wird.

Insbesondere im Jahr 2020 wird es sowohl für die mit Prüfungen dieser Art zum Teil unerfahrenen Krankenhäuser als auch für die Medizinischen Dienste gewisser Bemühungen bedürfen, die hohe Anzahl an Prüfungen in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit zu absolvieren. Der Aufwand ist enorm: Insgesamt zählt der OPS-Katalog 59 abrechnungsrelevante OPS-Komplexkodes. Es gibt kein Krankenhaus in Deutschland, das keinen Komplexcode abrechnet. Doch es gibt viele Kliniken, die viele Komplexkodes abrechnen. Eine zentrale Bedeutung wird ein kooperativer Umgang miteinander haben, denn letztlich ist eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten das gemeinsame Ziel aller im Gesundheitssystem Tätigen.

Wir begrüßen, dass die Prüfquote gegenüber dem Gesetzesentwurf im parlamentarischen Verfahren nach oben korrigiert wurde. Dass ab 2021 die Prüfquoten von der Qualität der Rechnungen abhängig sein werden, halte ich für einen Ansatz, der grundsätzlich in die richtige Richtung geht. Feste Prüfquoten sind nach unserer Auffassung nicht im Interesse der Beitragszahler. Besser wären Richtwerte. Die DAK-Gesundheit begrüßt es auch, dass es ab 2020 einen Aufschlag auf die Differenz zwischen Rechnung und Korrekturbetrag von 10%, mindestens aber 300 Euro, geben wird. Beide Regelungen können zu mehr korrekten Abrechnungen beitragen.

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK Gesundheit



Wir rechnen mit einer Änderung des Prüfverhaltens. Das Thema unsere Grenzverweildauer wird mit §115b SGB V (neu) an Bedeutung verlieren. Deshalb und wegen der Deckelung der Prüfquote wird es zu einer Verschiebung der Prüfungen hin zu Hochkostenfällen kommen. Das Kürzungspotenzial dürfte dadurch für Einzelfälle, aber auch insgesamt trotz geringerer Quote ansteigen. Wir sehen die Gefahr, dass die Retaxquote unverändert bleibt. Bei den Strukturprüfungen sehen wir mehr Rechtssicherheit für alle Kliniken, aber die fehlende Flexibilität bei Änderungen während der Laufzeit der Beschlüsse könnte sich als Problem herausstellen.

Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.



Dr. Annette Busley
leitet den Bereich »Medizinische Versorgung« beim MDS.
a.busley@mds-ev.de