



Diskussionspapier zur Reformierung der Abrechnungsprüfungen von Krankenhausbehandlungsfällen

erstellt für den

BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

15.04.2012

Ausgangslage

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sieht in § 17c Abrechnungsprüfungen explizit als Stichprobenprüfung vor. In der Realität wird davon allerdings kaum Gebrauch gemacht. Dem gegenüber werden unzählige Abrechnungsprüfungen als Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V durchgeführt. Der Grund hierfür liegt auf der Hand. Die Einzelfallprüfung ermöglicht der einzelnen Krankenkasse die Rechnung in Frage zu stellen und damit direkt eine Rechnungsbetragskürzung zu erwirken. Die Einzelfallprüfung setzt damit einen Anreiz, der nicht die Überprüfung der Korrektheit der Rechnung, sondern die Möglichkeit der Rechnungskürzung zum Anlass hat. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass ausschließlich Abrechnungen beim betroffenen Krankenhaus angemahnt werden, die eine Rechnungskürzung zur Folge haben. Insofern kann man derzeit von einer 100%-Prüf-Situation sprechen, da die Prüfprogramme auf Krankenkassenseite genau die Fälle detektieren, die Rechnungskürzungspotenzial aufweisen. Die Abrechnungen, die kein Rechnungskürzungspotenzial aufweisen, werden dahingegen nicht weiter verfolgt.

Diese Art der Abrechnungsprüfung ist somit ausschließlich auf den Vorteil der Krankenkasse ausgerichtet und als tendenziell zu bezeichnen. Bezogen auf das Gesamtsystem hat die Einzelfallprüfung aufgrund des durch die Summe der abgerechneten Fälle bestimmten Landesbasisfallwertes sowieso nur untergeordnete Bedeutung. Durch die unzähligen in Frage gestellten Abrechnungen werden die Krankenhäuser darüber hinaus unter Generalverdacht gestellt und in den Medien dementsprechend in Misskredit gebracht. Es werden immense Ressourcen sowohl auf Krankenseite als auch auf Krankenkassen- bzw. MDK-Seite für die Rechnungsprüfungen verbraucht. Weiterhin werden häufig unnötigerweise Sozialgerichte bemüht. Dadurch nimmt das DRG-System insgesamt Schaden. Zusammenfassend kann man diese Art der Abrechnungsprüfung als systemwidrig bezeichnen.

Jegliche Bemühungen, diese Praxis der Abrechnungsprüfungen durch Regelungen bzw. Sanktionen in den Griff zu bekommen, laufen ins Leere, da sie am grundsätzlich fehlerhaften Konstrukt (Anreiz für die einzelne Krankenkasse durch die Infragestellung der Rechnung) nichts ändern. Insofern sollte eine grundsätzliche Reformierung der Abrechnungsprüfungen vorgenommen werden.

Einführung von Auffälligkeitsprüfungen

Die derzeitige Praxis der Abrechnungsprüfung sollte vom oben geschilderten Anreiz für die einzelne Krankenkasse befreit werden. Der Gesetzgeber hatte bereits durch die Etablierung von § 17c KHG den grundsätzlich richtigen Ansatz verfolgt, dass ein pauschalierendes Vergütungssystem keine Einzelfallprüfung, sondern vielmehr eine generelle Prüfungsform benötigt. Ebenso wenig wie das pauschalierende G-DRG-System nicht jeden einzelnen Fall korrekt vergütet, muss und kann nicht jede einzelne Rechnung (wie allerdings derzeit der Fall) überprüft werden. Vielmehr reicht es aus, mittels übergreifenden Prüfungen generelle Auffälligkeiten von Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen bei den Abrechnungen anhand der § 21-Daten von neutraler Stelle aus ausfindig zu machen. Nur die Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, die bei solchen Auffälligkeitsprüfungen detektiert werden, werden dann in einem zweiten Schritt genauer geprüft, z.B. mittels Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG.

Zur Durchführung der Auffälligkeitsprüfungen sind als Datenbasis bereits die Daten nach § 21 KHG beim InEK verfügbar. Diese stehen jeweils ab 31. März für das gesamte Vorjahr von allen deutschen Krankenhäusern zur Verfügung. Anhand dieser Daten können Auffälligkeitsprüfungen eines jeden Krankenhauses bzw. Fachabteilung durchgeführt werden. Als Vergleichsgruppe dient eben die Grundgesamtheit der § 21-Daten, nämlich die bundesdeutsche Leistungserbringung bzw. Kodierung.

Die Auffälligkeitsprüfungen sollten von neutraler Seite durchgeführt werden (z.B. InEK), um eine anreizfreie Ausführung der Prüfungen zu gewährleisten. Sofern ein Imageverlust des InEK befürchtet wird, wäre eine Vergabe an einen neutralen Externen denkbar, der eingeschränkte Sicht auf die § 21-Daten für diese Zwecke erhält.

Auffälligkeiten werden z.B. an den GKV-Spitzenverband gemeldet, der sie dann an die Landes- bzw. Ortsebene der Krankenkassen bzw. des MDK weiterleitet. Das Krankenhaus bzw. Fachabteilung hat zu den Auffälligkeiten Stellung zu nehmen. Soweit die Stellungnahme die Auffälligkeiten nicht hinreichend erklärt, könnte dann – abhängig von der jeweiligen Auffälligkeit – entweder eine Stichprobenprüfung nach § 17c KHG durchgeführt werden oder eine Einzelfallprüfung der auffällig gewordenen Fälle erfolgen. Falls über die vor Ort geprüften und diskutierten Fälle (MDK-Mitarbeiter prüft im Krankenhaus) keine Einigung erzielt werden kann, werden die Fälle im Schlichtungsausschuss nach § 17c KHG erörtert und entschieden.

Bei den derzeit durchgeführten Abrechnungsprüfungen lassen sich insbesondere folgende unterscheiden:

1. Prüfung der Verweildauer (insbesondere Kürzung der Verweildauer unter die untere Grenzverweildauer bzw. obere Grenzverweildauer)
2. Prüfung der Kodierung (Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Prozeduren) bzw. der Beatmungsdauer

Prüfung der Verweildauer

Eine Prüfung des Einzelfalles auf Kürzung der Verweildauer unter die untere Grenzverweildauer im Nachhinein ist wie oben ausgeführt nicht als objektiv, sondern als anreizgetriggert anzusehen. Sie unterstellt, dass das Krankenhaus generell jeden Fall, der eigentlich bereits einen Tag unterhalb der unteren Grenzverweildauer hätte entlassen werden können, einen Tag länger im Krankenhaus versorgt. Diese Annahme jedem Krankenhaus zu unterstellen, ist nicht begründbar. Wenn dem so wäre, gäbe es keine Fälle mit einer Verweildauer mit einem Tag unterhalb der unteren Grenzverweildauer. Insofern ist die Prüfung flächenhaft als Einzelfallprüfung aus Systemsicht sinnfrei. Sie ist lediglich begründet durch den Vorteil, der für die einzelne Krankenkasse durch eine eventuelle Rechnungskürzung entsteht. Andererseits wird aufgrund der derzeitigen Rechtsprechung bei Sozialgerichtsverfahren den Krankenhäusern immer mehr Dokumentation auferlegt, um die Verweildauer gerichtsfest zu machen, was nicht im Sinne des Gesetzgebers sein kann.

Sollte ein Krankenhaus bzw. Fachabteilung tatsächlich ein derartiges Verhalten praktizieren, so ist dies nicht durch Einzelfallprüfungen erkennbar bzw. behebbar. Ein solches Verhalten kann vielmehr ausschließlich durch Auffälligkeitsprüfungen detektiert und künftig vermieden werden.

Die Auffälligkeitsprüfung in Bezug auf die Verweildauer ist mit Hilfe der § 21-Daten leicht durchführbar. Dazu werden die Verweildauer-Daten eines Krankenhauses bzw. der jeweiligen Fachabteilung auf DRG-Ebene den bundesdeutschen Daten gegenüber gestellt. Somit wird leicht erkennbar, welches Krankenhaus bzw. Fachabteilung in Bezug auf die untere Grenzverweildauer auffällig ist. Diese Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen sind in einem weiteren Schritt (siehe oben) genauer zu prüfen. Für Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, die keine Auffälligkeiten zeigen, sind somit Einzelfallprüfungen entbehrlich. Hier könnten immense Ressourcen auf beiden Seiten eingespart werden.

Gleiches gilt für die obere Grenzverweildauer.

Einfache Beispiele für denkbare Prüfungen:

- Anteil Kurzlieger/Normallieger/Langlieger auf DRG-Ebene
- Fallverteilung pro Tag auf DRG-Ebene mit Fokus auf untere Grenzverweildauer
- Fallverteilung pro Tag auf DRG-Ebene mit Fokus auf obere Grenzverweildauer

Prüfung der Kodierung

Auch in Bezug auf die Kodierung ist die flächenhaft durchgeführte Prüfung von Einzelfällen nicht als objektiv, sondern als anreizgetriggert anzusehen. Sie unterstellt, dass das Krankenhaus generell jeden Fall, der einer geringer bewerteten DRG-Fallgruppe zugewiesen würde, manipulativ so kodiert, dass er in eine höher bewertete DRG-Fallgruppe zugewiesen wird. Diese Annahme jedem Krankenhaus zu unterstellen, ist nicht begründbar. Wenn dem so wäre, wäre diese Kodierung bereits in die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eingeflossen und damit reguläre Datengrundlage. Insofern ist die flächenhaft durchgeführte Prüfung von Einzelfällen aus Systemsicht abzulehnen. Sie ist lediglich begründet durch den Vorteil, der für die einzelne Krankenkasse durch eine eventuelle Rechnerkürzung entsteht.

In verschiedenen Präsentationen der letzten Jahre wurden Beispiele auffälliger Kodiersituationen vorgestellt, die ein unterschiedliches Verschlüsselungsverhalten in verschiedenen Kliniken/Regionen zeigten. Sollte also ein Krankenhaus bzw. Fachabteilung ein derartiges Verhalten praktizieren, so ist dies nicht durch Einzelfallprüfungen erkennbar bzw. behebbar. Stattdessen sollte dem mit Hilfe von Auffälligkeitsprüfungen nachgegangen werden. Nur so kann ein langfristiger Veränderungsprozess erreicht werden.

Die Auffälligkeitsprüfung in Bezug auf die Kodierung ist ebenfalls mit Hilfe der § 21-Daten durchführbar. Dazu werden die Daten eines Krankenhauses bzw. der jeweiligen Fachabteilung anhand der existierenden Regelwerke (Deutsche Kodierrichtlinien, Vorgaben des ICD bzw. des OPS) geprüft. Darüber hinaus werden verschiedene Prüfungen durchgeführt, die Auffälligkeiten in der Kodierung ausfindig machen. Zur Etablierung solcher Prüfungen dient die Analyse der bundesdeutschen § 21-Daten und ein zu etablierendes Vorschlagsverfahren. Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, die in ihrer Kodierung Auffälligkeiten zeigen, sind in einem weiteren Schritt (siehe oben) genauer zu prüfen.

Einige Beispiele für denkbare Prüfungen (ausführlichere Beispiele beim Autor zu erfragen):

- PCCL-Profil (Wie kam PCCL-Wert zustande? Aus wenigen hochwertigen oder aus vielen minderwertigen Nebendiagnosen?)
- unsinnige Kodierung z.B. Z74.- *Pflegebedürftigkeit beim Neugeborenen*
- auffällige Kodierung z.B. Anzahl (absolut bzw. relativ) des ICD-Kodes T80.1 *Gefäßkomplikation nach Infusion*
- unzulässige Kodierung z.B. diagnostische Laparoskopie bei laparoskopischem Eingriff

Bei der Analyse der Kodierung muss darauf geachtet werden, dass die Ursache für ein unterschiedliches Verschlüsselungsverhalten ganz verschieden sein kann. Insofern ist nicht jede detektierte Auffälligkeit mit einer absichtlichen Falschkodierung gleichzusetzen. Die Detektion von unterschiedlichem Verschlüsselungsverhalten kann vielmehr auch in einer Unklarheit über die korrekte Kodierung begründet sein. Daraus kann sich Handlungsbedarf für die Weiterentwicklung der Deutschen Kodierrichtlinien, der FAQs zu den Deutschen Kodierrichtlinien bzw. des G-DRG-Systems ergeben.

Sollte sich aus den Überprüfungen vor Ort Falschkodierungen ergeben, ist zwischen versehentlichen und wissentlichen zu unterscheiden. Dies ist bei der Sanktionierung zu beachten (siehe unten).

| Ursache unterschiedlichen Verschlüsselungsverhaltens | Handlungskonsequenz |
|--|---|
| Unklarheit über die korrekte Kodierung | Klärung der korrekten Kodierung auf Bundesebene |
| versehentliche Falschkodierung | Ermahnung |
| wissentliche Falschkodierung | Sanktionierung |

Prüfung der Beatmungsstunden

Die Prüfung der Beatmungsstunden macht auf der Einzelfallebene ebenfalls wenig Sinn. Auch hier würden Auffälligkeitsprüfungen eventuell vorhandene lokale Widrigkeiten aufdecken und unsinnige Einzelfallprüfungen künftig vermeiden.

Mit Hilfe der § 21-Daten würden die Beatmungszeiten jedes einzelnen Krankenhauses analysiert. Hierbei werden insbesondere die vom G-DRG-System gesetzten Stundengrenzen (z.B. 96 Stunden) genauer betrachtet. Sollten sich für ein Krankenhaus Auffälligkeiten in der Verteilung der Beatmungszeiten direkt oberhalb dieser Stundengrenzen ergeben, wird dies entsprechend weitergeleitet. Für Krankenhäuser, die in der Verteilung der Beatmungszeiten keine Auffälligkeiten zeigen, sind somit Einzelfallprüfungen entbehrlich.

Prüfung des Geburtsgewichts

Auch in Bezug auf das Geburtsgewicht könnten Auffälligkeitsprüfungen durchgeführt werden. Soweit sich bei der Analyse der Verteilung der Geburtsgewichte in einzelnen Krankenhäusern Auffälligkeiten zeigen, könnten diese ebenfalls weitergeleitet werden.

Grundsätzlich sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei allen angeführten Prüfungen um Auffälligkeitsprüfungen handelt. Das bedeutet lediglich, dass das Krankenhaus bzw. die Fachabteilung bei den Prüfungen auffällig wurde. Es ist nicht damit gleichzusetzen, dass das Krankenhaus bzw. die Fachabteilung falsche Abrechnungen vorgenommen hat.

Sanktionen

Sollten sich bei den Überprüfungen vor Ort Falschabrechnungen zeigen, wären diese zu korrigieren und u.U. zu sanktionieren. Dabei sollten unterschiedliche Eskalationsstufen angewendet werden. Je häufiger ein Krankenhaus bzw. eine Fachabteilung nach einer Auffälligkeitsprüfung tatsächlich Rechnungskorrekturen vornehmen musste, umso höher fällt die Sanktion aus. Details hierzu wären noch auszuarbeiten. Versehentliche Falschkodierung sollte bei den Eskalationsstufen als Ermahnung berücksichtigt werden.

Auch wären regelmäßige Prüfungen nach § 17c KHG für mehrmals auffällige Fachabteilungen für einen gewissen Zeitraum als Konsequenz denkbar.

Übergangsphase

Für die Übergangsphase wäre eine Ausgleichsregelung zu schaffen. Vorstellbar wäre, dass bis zur Einführung der neuen Auffälligkeitsprüfungen, die bisherigen Prüfungen fortgeführt werden können. Da die Auffälligkeitsprüfungen allerdings retrospektiv (ab März des Folgejahres) durchgeführt werden, würden die Sanktionen des neuen Verfahrens für den Zeitraum, der bereits mittels der bisherigen Prüfungen abgedeckt war, ausgesetzt werden.

Fazit

Die vorgeschlagene generelle Änderung der Abrechnungsprüfung hat multiple Vorteile gegenüber der bisherigen:

- Wegfall des Fehlanreizes der Einzelfallprüfung für die einzelne Krankenkasse
- damit Wegfall der enormen Anzahl der Einzelfallprüfungen
- Einsparung von enormen personellen Ressourcen
- Vermeidung von unzähligen Gerichtsverfahren
- Wegfall des Generalverdachts der Falschabrechnung der Krankenhäuser
- Detektion der tatsächlichen „schwarzen Schafe“
- Sanktionierung der „schwarzen Schafe“ und damit Gewährleistung der Regeleinhaltung
- Gleichbehandlung aller
- indirekte Abrechnungsprüfung aller Krankenhausfälle
- generelle Überwachung des Kodier-, Verweildauer-, Beatmungsstunden-, Geburtsgewichts-Verhaltens mit positivem Effekt auf regelkonformes Verhalten aufgrund drohender Sanktionen

Es sollte daher der Flut von unsinnigen und systemwidrigen Einzelfallprüfungen gesetzlich Einhalt geboten werden und eine grundsätzliche Reformierung der Überprüfung von Krankenhausbehandlungsfällen mittels Auffälligkeitsprüfungen wie dargelegt gesetzlich implementiert werden.