



Main-Kinzig-Kliniken gGmbH

Gelnhausen Schlüchtern Bad Soden-Salmünster

Kompetenz in Ihrer Nähe

Zahlenspiele

Wider das politische Getöse der Krankenkassen

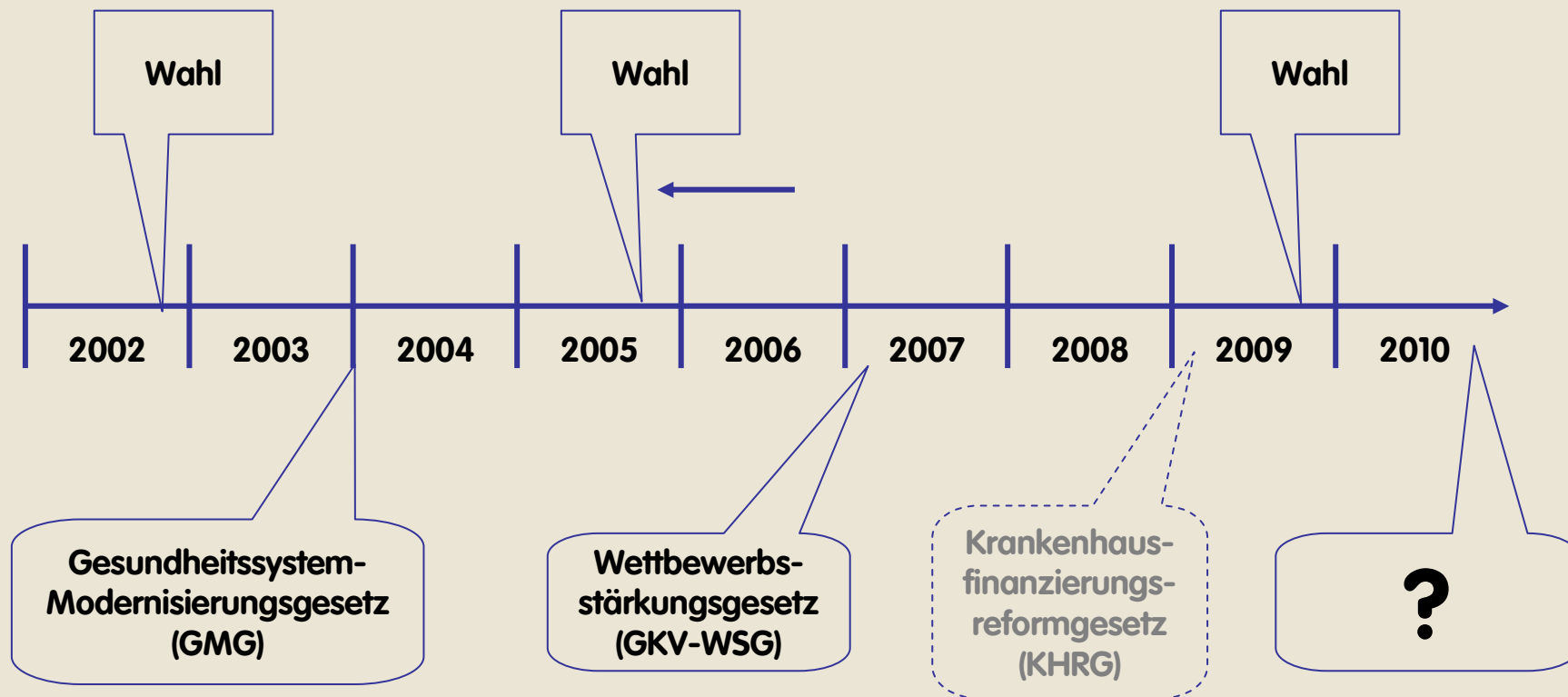
Reinhard Schaffert
Medizincontrolling
Main Kinzig Kliniken



Die nächste Gesundheitsreform



Reformperiodizität nach G. Neubauer



Spiele auf den politischen Instrumenten



Reinhard Schaffert
Medizincontrolling
Main Kinzig Kliniken

KRANKENHAUSABRECHNUNGEN

Zahlen für den Rechnungscheck?

Kassen müssen an Kliniken eine Aufwandspauschale zahlen, wenn die Prüfer keine Fehler feststellen. Ein Unding, meinen **Jürgen Malzahn** und andere. Haben sich doch die Kontrollen als sinnvoll erwiesen.

Krankenkassen decken überhöhte Krankenhausrechnungen auf

Die Thüringer Krankenkassen beklagen eine Rekordzahl überhöhter Krankenhausrechnungen auf dem Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bemängelt.

Nach Angaben der Landesvertretung der Techniker Krankenkassen (TK) wurden im ersten Halbjahr 2009 insgesamt 25.459 überhöhte Rechnungen in 25.459 Fällen des Jahres 2007 bedeu... Krankenkassen hatten...

16.05.09

Gesundheitswirtschaft

Die Abrechnungspolizei

von Polly Schmin...

Kassenfahndung
Rechnungen
nicht mehr
Prozeduren
Vorgehen

Krankenhäuser - Krankenkassen kritisieren überhöhte Krankenhausrechnungen

15.05.2009 | 17:06 Uhr

Erfurt (ddp-lth) Die Krankenhäuser im Freistaat erstellen laut einer Studie der Thüringer Krankenkassen oft überhöhte Rechnungen.

Euro in falschen...

Worum geht es?



Die Kassen müssen an Kliniken eine Aufwandspauschale zahlen, wenn die Rechnungsprüfer keine Fehler feststellen. Ein Unding, meinen **Jürgen Malzahn** und **Thomas Handschuh**. Haben sich doch die Kontrollen als sinnvoll erwiesen.

Modalitäten reformieren. Nichts kommt so sicher wie die nächste Gesundheitsreform.

Wesentliche Elemente einer Reform der Abrechnungsprüfung muss es aber sein, dass auch die Krankenhäuser ein Risiko tragen, wenn sie keine ordnungsgemäße Rechnungsstellung sicherstellen. Dies wäre beispielsweise mit einer umgekehrten Aufwandspauschale zu realisieren, die die Kliniken für den Fall zu entrichten hätten, dass der Medizinische Dienst Falschabrechnungen feststellt.

Ob diese Vorschläge zu einer aufwandsärmeren und gleichzeitig effektiven Rechnungsprüfung führen oder ob die notwendige Präzision bei der Rechnungsprüfung nicht einfach durch die Senkung der Aufwandspauschale auf Null Euro am besten erreicht werden kann, ist derzeit eine ~~offene~~^{rhetorische} Frage. ■



Thesen wider den politischen Lärm um die Aufwandspauschale



Selbst unter Zugrundelegung der Krankenkassendaten sind
über 95% der Krankenhausrechnungen „korrekt“



Selbst unter Zugrundelegung der Krankenkassendaten sind über 95% der Krankenhausrechnungen „korrekt“

- MDK-Prüfungen sind keine Stichproben (im statistischen Sinn) sondern Auffälligkeitsprüfungen, d. h. alle auffälligen Rechnungen werden geprüft
- Daher ist davon auszugehen, dass die meisten nicht geprüften Rechnungen korrekt sind (oder die Kassen sollten sich ein neues Prüftool zulegen; siehe auch nächste These)
- Wenn bei 10% Prüfquote 50% „falsch“ wären, dann sind 95% der Rechnungen korrekt!



Selbst unter Zugrundelegung der Krankenkassendaten sind
über 50% der Prüfungen überflüssig



Selbst unter Zugrundelegung der Krankenkassendaten sind über 50% der Prüfungen überflüssig

- Krankenkassen machen eine Vorprüfung anhand der Abrechnungsdaten um auffällige Abrechnungen herauszufiltern. Nur diese gehen an den MDK.
- Nach eigenen Angaben der Kassen werden davon **nur** [sic!] 50% zugunsten der Kassen geprüft
- Demnach sind 50% der Prüfungen überflüssig
- Noch ein Tipp an die Kassen:
eine Screeningmethode, die 50% falsch-positive Ergebnisse liefert, gehört abgeschafft!



Die Krankenkassen setzen Änderungen des MDK
an Kodierung oder Verweildauer
mit „falscher“ oder „überhöhter“ Abrechnung gleich

Thesen wider den politischen Lärm



Die Krankenkassen setzen Änderungen des MDK an Kodierung oder Verweildauer mit „falscher“ oder „überhöhter“ Abrechnung gleich

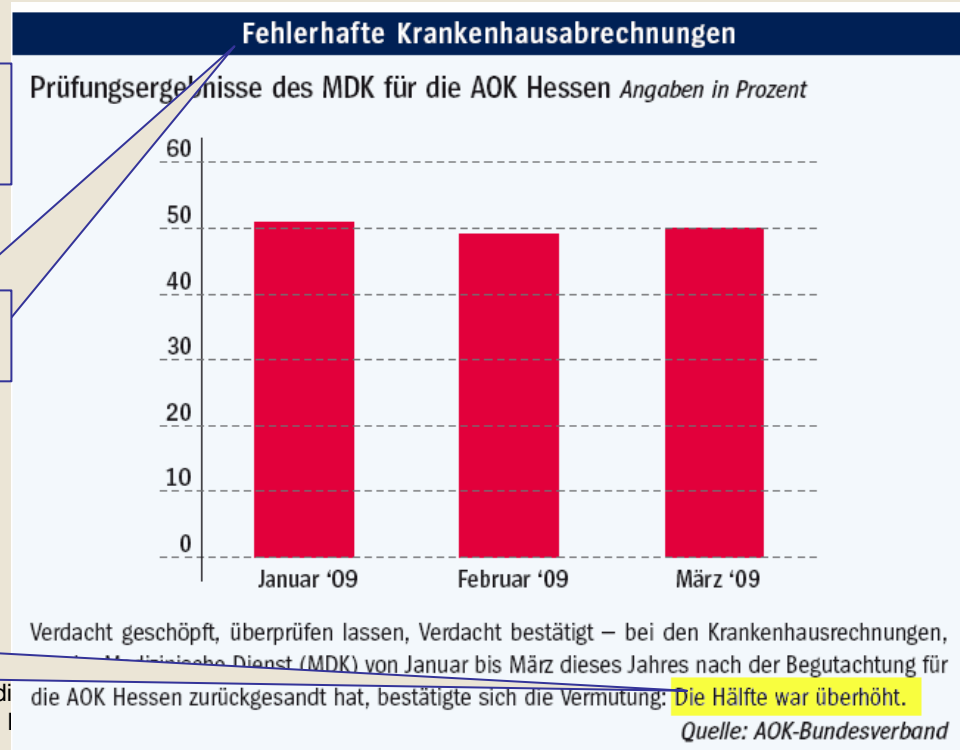
- Nicht jede Änderung des MDK führt zu einer Änderung der Abrechnung
- Aber die Krankenkassen setzen die unterschiedlichen Begrifflichkeiten (bewusst?) falsch ein:

Beträge erfolgreich zurückgefordert. Die Krankenkassen lassen ungefähr zehn Prozent der Krankenhausrechnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen. Bei ungefähr 40 Prozent finden sich **substantielle Gründe für eine Beanstandung**. In einigen Bundesländern sind es sogar 50 Prozent (siehe Grafik „Fehlerhafte Krankenhausrechnungen“). Beanstandungen haben **in der Regel** Kürzungen des Rechnungsbetrages zur Folge.

Das sind noch keine rechnungsrelevanten Änderungen

Auch hier bleibt man noch unbestimmt...

...in der Grafik werden dann „fehlerhafte“ und „überhöhte“ Rechnungen daraus





Die Kassen sprechen von „falscher Abrechnung“
wo es um unterschiedliche Interpretationen der Regelwerke
in einem komplexen System geht



Die Kassen sprechen von „falscher Abrechnung“ wo es um unterschiedliche Interpretationen der Regelwerke in einem komplexen System geht

- Mit über 1000 DRGs sowie mehr als 100 Zusatzentgelten auf Grundlage von ca. 13.000 ICD und über 25.000 OPS handelt es sich um ein hochkomplexes System
- Daher ist es natürlich, dass gelegentlich der gleiche Sachverhalt unterschiedlich abgebildet werden kann
- Dies zeigen auch die vielfältigen Diskussionen um die richtige Verschlüsselung beispielsweise in Internetforen wie MyDRG
- Prof. J. Stausberg konnte 2005 zeigen, dass es bereits unter Medizicontrollern und Kodierkräften keine einheitliche Kodierung gibt und dass abweichende Meinungen bei Überprüfungen von Kodierungen regelhaft zu erwarten sind

[Das Krankenhaus 08/2005]

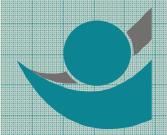


Die Beurteilungen des MDK sind nicht neutral



Die Beurteilungen des MDK sind nicht neutral

- Gemäß § 278 SGB V ist der MDK eine von den „Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft *„Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“*“
- Innerhalb des MDK und bei Kassen werden gutachterbezogene Auswertungen über die Ergebnisse erstellt und verwendet
- Es gibt Fälle, in denen bei für die Kassen ungünstigen Gutachten ein weiterer Gutachter beauftragt wurde
- Es gibt Fälle, in denen Gutachter von den Kassen für weitere Gutachten abgelehnt wurden



Die Datengrundlage der MDK Gutachten
ist zum Teil nicht ausreichend



Die Datengrundlage der MDK Gutachten ist zum Teil nicht ausreichend

- Nach wie vor finden viele Begutachtungen auf einer unzureichenden Datengrundlage statt, da lediglich der Arztbrief zugrunde gelegt wird
- Grundlage der Kodierung und Abrechnung ist jedoch die vollständige Dokumentation in Krankenakte und EDV
- Kopien aus Krankenakten enthalten oft nicht alle relevanten Informationen, z. B. bei Verwendung von Farbschemata bei Eintragungen
- Daher lässt sich die Dokumentation umfassend nur in einer vor Ort Prüfung im Krankenhaus beurteilen, die von vielen MDK nach wie vor abgelehnt wird



Die Qualität der MDK Gutachten ist zum Teil mangelhaft



Die Qualität der MDK Gutachten ist zum Teil mangelhaft

- In den vielen Gutachten werden Schlussfolgerungen ohne ausreichende Herleitung und Begründung gezogen, oft findet sich lediglich ein lapidarer Satz wie „der Patient hätte aus gutachterlicher Sicht x Tage früher entlassen werden können“
- Eine individuell auf den Patienten abgestellte Diskussion der medizinischen Sachlage und der Möglichkeiten der Kodierung findet fast nie statt.
- Medizinische Sachverhalte werden oft von fachfremden MDK-Ärzten beurteilt
- Angesichts der medizinischen Entwicklung sind Kenntnisse und vor allem eigene praktische Erfahrungen mit aktuellen medizinischen Verfahren bei MDK-Ärzten oft nicht ausreichend vorhanden
- Rücksprachen mit den behandelnden Ärzten oder den Medizincontrollern finden meist nicht statt



Geprüft wird nicht die Abrechnung,
sondern überwiegend die Verweildauer



Geprüft wird nicht die Abrechnung, sondern überwiegend die Verweildauer

- Dies widerspricht dem Fallpauschalensystem und sollte eigentlich nur auf Ausnahmen beschränkt bleiben
- In der ex-post Betrachtung des MDK lässt sich fast immer ein Tag finden, bei dem die Gründe der stationären (weiter-)Behandlung nicht ausreichend dokumentiert sind.
- Dies bedeutet jedoch noch lange keine Fehlbelegung aus der ex-ante Sicht des behandelnden Arztes
- Gerade bei der Prüfung der primären Fehlbelegung prüft der MDK die *Begründung für die stationäre Behandlung*, während der Krankenhausarzt die *Eignung des Patienten für die ambulante Behandlung* prüfen muss

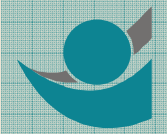


Die von den Kassen vorgelegten Zahlen
sind nicht nachvollziehbar



Die von den Kassen vorgelegten Zahlen sind nicht nachvollziehbar

- Es werden keine Angaben zu Bezugsgrößen wie Zeitraum und Fallzählung gemacht
- Es werden keine Angaben zum Verfahrensablauf (Erstgutachten, Widersprüche) gemacht
- Es werden keine Angaben dazu gemacht, wie viele Fälle noch offen sind
- Es werden keine Angaben über juristische Auseinandersetzungen und deren Ausgang gemacht
- Die zu der Aussage passenden Zahlen werden ohne weitere Informationen zu Datengrundlage und Ermittlung und Methodik einfach in den Raum gestellt



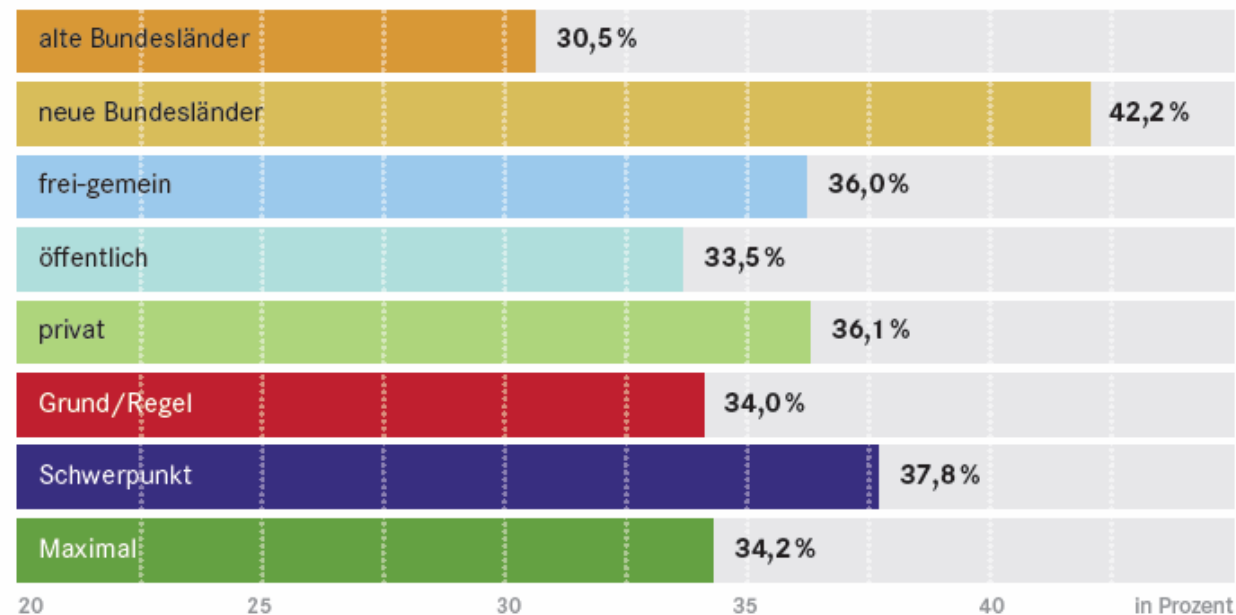
Die Krankenhäuser haben andere Zahlen



Die Krankenhäuser haben andere Zahlen

- Nach Daten der Krankenhäuser (MedInfoWeb Umfrage) gehen lediglich ca. 35% der Prüfungen zu Gunsten der Krankenkassen aus
- Demnach sind 65% der Prüfungen überflüssig!

Grafik 6: Relativer Anteil der Ergebnisse der MDK-Prüfung zugunsten der Kostenträger



Relativer Anteil MDK-Prüfungen, die zugunsten der Kostenträger entschieden worden sind



Der von den Kassen vorgerechnete „wirtschaftliche Erfolg“
der MDK-Prüfungen berücksichtigt nicht die
volkswirtschaftlichen Gesamtkosten



Der von den Kassen vorgerechnete „wirtschaftliche Erfolg“ der MDK-Prüfungen berücksichtigt nicht die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten

- Den sogenannten „Einsparungen“ der MDK-Prüfungen muss entgegengerechnet werden:
 - Die Personal-, Sach- und Strukturkosten der entsprechenden Abteilungen des MDK
 - Der personelle (Ärzte, Medizincontroller, Kodierkräfte) und sachliche Aufwand der Krankenhäuser für MDK-Prüfungen
 - Die Kosten der daraus folgenden juristischen Auseinandersetzungen
- Die „Einsparungen“ dürfen auch nicht in Rechnungsbeträgen sondern unter Berücksichtigung der Budget- und Ausgleichsregelung (max. 20% bei Mindererlösen, 35% bei Mehrerlösen) berechnet werden
- Unter diesen Gesichtspunkten relativiert sich die „Einsparung“ erheblich und es werden lediglich personelle und sachliche Ressourcen dem Gesundheitssystem entzogen.



Der MDK-Prüfungswahn schafft ein Klima des Misstrauens
zwischen Kostenträger und Leistungserbringer und letztlich
auch zwischen Arzt und Patient



Der MDK-Prüfungswahn schafft ein Klima des Misstrauens zwischen Kostenträger und Leistungserbringer und letztlich auch zwischen Arzt und Patient

- Offensichtlich ist es nicht gelungen, „Schwarze Schafe“ zu identifizieren und die Prüfungen auf diese zu konzentrieren
- Statt dessen werden die Leistungserbringer flächendeckend mit Prüfungen überzogen, unabhängig vom Ergebnis für den einzelnen
- In den Prüfungen werden teilweise ärztliche Angaben und Dokumentation in Frage gestellt
- Die öffentliche Propaganda um die Prüfungen und die Darstellung der Krankenhausabrechnungen als „falsch“ und „überhöht“ ist eine Demontage des öffentlichen Ansehens der Leistungserbringer und schadet daher auch dem für eine erfolgreiche Behandlung notwendigen Vertrauensverhältnis zum Patienten
- Dies ist kein vertragspartnerschaftlicher Umgang miteinander

Zusammenfassung



Reinhard Schaffert
Medizincontrolling
Main Kinzig Kliniken



- Über 95% der Krankenhausabrechnungen sind korrekt
- Mindestens 50% (Kassenzahlen) bis über 65% (Krankenhauszahlen) der Prüfungen sind überflüssig
- Die Kassen nutzen rhetorische Tricks um den Eindruck einer hohen „Fehlabrechnung“ der Krankenhäuser zu vermitteln
- Die Kassen sprechen von „falscher Abrechnung“ wo es um unterschiedliche Interpretationen der Regelwerke in einem komplexen System geht
- Die Beurteilungen des MDK sind nicht neutral
- Die Datengrundlage der MDK Gutachten ist zum Teil nicht ausreichend
- Die Qualität der MDK Gutachten ist zum Teil mangelhaft



- Überwiegender Prüfanlass ist die Verweildauerprüfung, die dem Fallpauschalensystem widerspricht.
- Die von den Kassen vorgelegten Zahlen über MDK-Prüfungen sind nicht nachvollziehbar
- Die Krankenhäuser haben andere Zahlen
- Der von den Kassen vorgerechnete „wirtschaftliche Erfolg“ der MDK-Prüfungen berücksichtigt nicht die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten
- Der MDK-Prüfungswahn schafft ein Klima des Misstrauens zwischen Kostenträger und Leistungserbringer und letztlich auch zwischen Arzt/Krankenhaus und Patient

Wunsch an die Politik



Standhaft bleiben!



Reinhard Schaffert
Medizincontrolling
Main Kinzig Kliniken