



MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern

Bestandsaufnahme 2007 – Trend 2008

Einleitung

Seit der Einführung der Fallpauschalen haben die Kostenträger die verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen zum flächendeckenden Screening zur Überprüfung von Krankenhausleistungen ausgeweitet. Eigene ① und andere Untersuchungen ②③④⑤ bestätigten für das Jahr 2006 eine mittlere MDK-Prüfquote für stationäre Behandlungsfälle von 10 – 12 %.

Vor diesem Hintergrund hatte der Gesetzgeber im Rahmen der Gesundheitsreform

2007 im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eine Änderung des § 275 SGB V vorgenommen. Diese verfolgt das Ziel, die Anzahl der Einzelfallprüfungen durch eine zeitliche Beschränkung und mittels einer erfolgsabhängigen Aufwandspauschale in Höhe von 100,00 Euro zu beschränken ⑥. Inwieweit diese gesetzlichen Änderungen zu einem veränderten Prüfverhalten der Kostenträger geführt hat, ist derzeit noch nicht ausreichend untersucht.

Ziel der Frühjahrsumfrage 2008

Mit der nun vorliegenden 2. Umfrage soll die Bestandsaufnahme der MDK-Prüfungen in deutschen Krankenhäusern des Jahres 2006 um die Werte des Jahres 2007 ergänzt und mit der 1. Umfrage verglichen werden. Dabei interessieren neben Prüfaufkommen und Prüfgründen besonders die notwendigen Personalaufwendungen, die monetäre und inhaltliche Bewertung der Prüfergebnisse und das MDK-EDV-Management auf Bundes-, Trägerschafts- und Versorgungsebene. Besonderes Augenmerk gilt den Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen (GKV-WSG) hinsichtlich des Prüfaufkommens und der Prüfgründe, sowie einem ersten Trend der Prüfquotenentwicklung im Jahr 2008.

Ergebnisse der Frühjahrsumfrage 2008

An der 2. bundesweiten Umfrage zum Thema »MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern« haben sich 121 Kliniken aus 14 Bundesländern beteiligt [► Grafik 1](#). Das waren 31 Kliniken mehr (34 %) als bei der Herbstumfrage 2007. Die teilnehmenden Kliniken repräsentieren knapp 41.000 Betten und 1,5 Mio. stationäre Patienten.

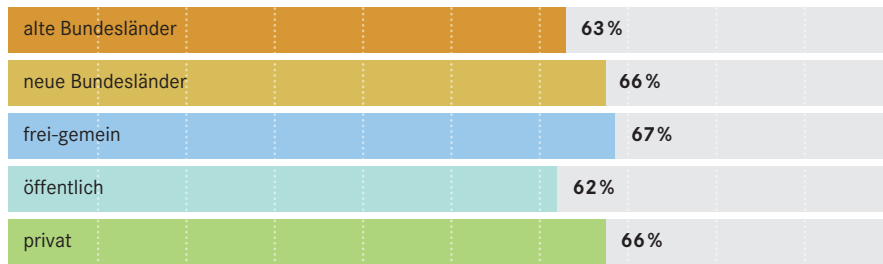
64 % der MDK-Prüfungen aus dem Jahr 2007 sind bereits abgeschlossen und 36 % weiterhin in Bearbeitung. Zwischen den alten und neuen Bundesländern bzw. hinsichtlich der Krankenhausträgerschaft waren keine signifikanten Unterschiede in der Abarbeitung der MDK-Einzelfallprüfungen festzustellen [► Grafik 2](#).

Grafik 1: Teilnehmer der Umfrage





Grafik 2: Anteile abgeschlossener MDK-Prüfungen

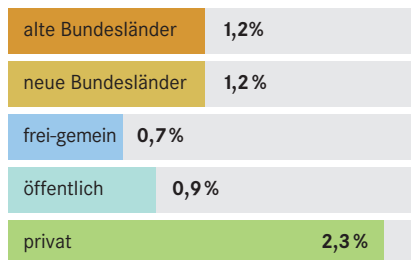


Relativer Anteil abgeschlossener MDK-Prüfungen 2007

in Prozent

Lediglich bei 1% der MDK-Prüfungen (Min: 0% und Max: 5%) konnten sich Krankenhäuser und MDK nicht einigen und übergaben die Fälle dem Sozialgericht. Dabei fällt auf, dass Kliniken in privater Trägerschaft mit 2,3% deutlich häufiger den Klageweg beschreiten als Häuser in öffentlicher (0,9%) und frei-gemeinnütziger Trägerschaft (0,7%). Ebenso zeigen sich Schwerpunktversorger (2,2%) und Maximalversorger (1,5%) gegenüber den

Grafik 3: Übergabe an das Sozialgericht



in Prozent

Im Jahr 2007 angestrebte Klageverfahren

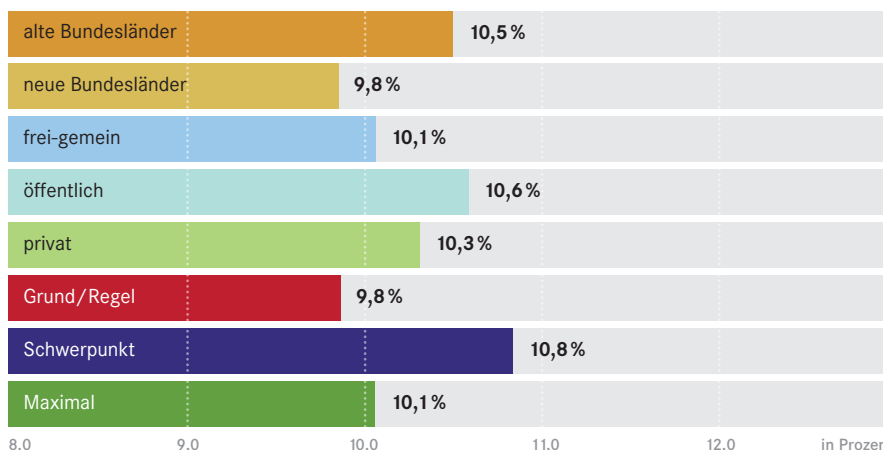
Grund- und Regelversorgern (0,9%) deutlich klagefreudiger [➤ Grafik 3](#).

Die MDK-Prüfquote für Einzelfallprüfungen stationär behandelter Patienten im Jahr 2007 beträgt im Mittel 10,3% (Min: 2,5% und Max: 24%).

Somit verzeichnen die Krankenhäuser im Jahr 2007 entgegen dem Trend der Herbstumfrage eine Abnahme der MDK-Prüfungen um 1,3% [➤ Grafik 4](#).

Der mit deutlichem Abstand häufigste Prüfgrund bleibt, wie in der Herbstumfrage 2007, die sekundäre Fehlbelegung in Bezug auf die untere Grenzverweildauer, gefolgt von der stationären Behandlungsnotwendigkeit und der oberen Grenzverweildauer. Erst dann folgen die korrekte Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen, spezielle OPS, Anzahl von Beatmungstunden, Zusatzentgelte und Fallzusammenführungen [➤ Grafik 5](#).

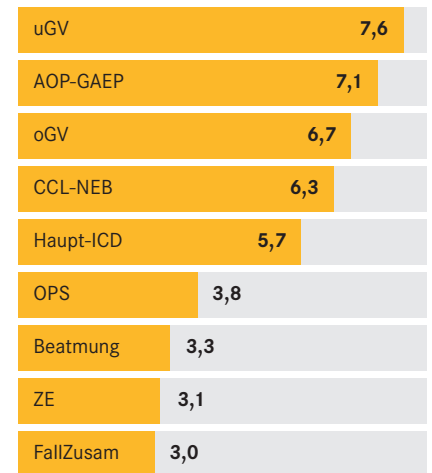
Grafik 4: MDK-Prüfquote 2007



MDK-Einzelfallprüfquote für das Jahr 2007

in Prozent

Grafik 5: Prüfgründe (Rangliste)



Rangliste der MDK-Prüfgründe 2007

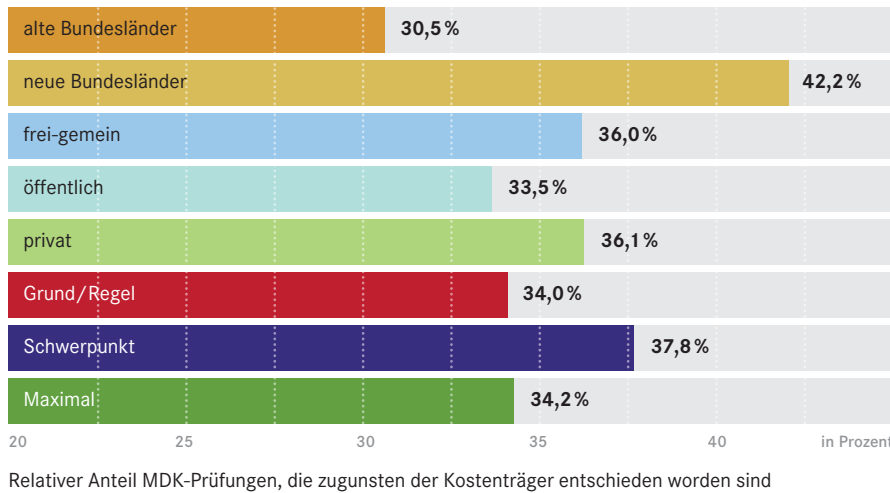
Von den bereits abgeschlossenen MDK-Prüfungen der teilnehmenden Kliniken wurden im Mittel 36% zugunsten der Kostenträger (Min.: 10% und Max.: 89%) entschieden. Dabei zeigt sich ein auffälliges Ost-West Gefälle (alte Bundesländer: 30,5% vs. neue Bundesländer: 42,2%). Bezogen auf die Krankenhausträgerschaft sind keine wesentlichen Unterschiede auszumachen und im Hinblick auf den Versorgungsgrad der Häuser schneiden Schwerpunktversorger etwas schlechter ab [➤ Grafik 6](#).

Für alle Einzelfallprüfungen, in deren Ergebnis es nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages kommt, sieht der Gesetzgeber seit 01.04.2007 eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zugunsten der Krankenhäuser vor. Im Ergebnis dieser Umfrage erfolgt die Zahlung durch die Kostenträger nur in 71% reibungslos. Krankenhäuser der neuen Bundesländer wie auch Kliniken in privater Trägerschaft konstatieren gegenüber den Anderen eine bessere Zahlungsmoral der Kostenträger [➤ Grafik 7](#).

Der mittlere Casemixverlust pro geprüftem Fall beträgt 0,151 Bewertungsrelationen. Die Kliniken verlieren damit durch MDK-Einzelfallprüfungen durchschnittlich 413 Euro, bezogen auf alle geprüften Fälle (Baserate: 2.735 Euro).

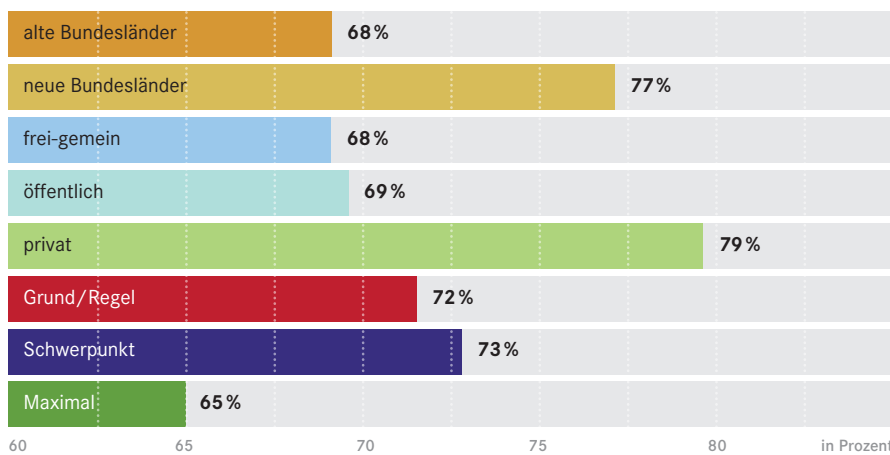


Grafik 6: Relativer Anteil der Ergebnisse der MDK-Prüfung zugunsten der Kostenträger



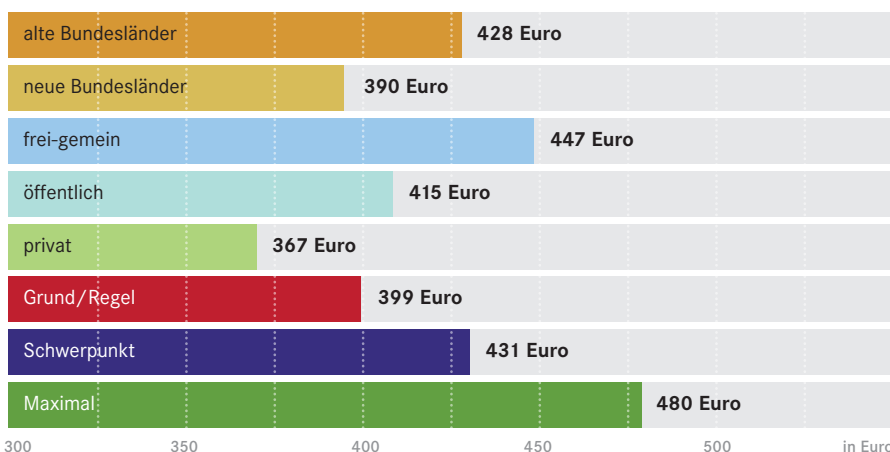
Relativer Anteil MDK-Prüfungen, die zugunsten der Kostenträger entschieden worden sind

Grafik 7: Relativer Anteil der gezahlten Aufwandspauschale durch die Kostenträger



Zahlungsverhalten der Kostenträger hinsichtlich 100 Euro Aufwandspauschale

Grafik 8: Mittlerer Erlösverlust pro MDK-Einzelfallprüfung



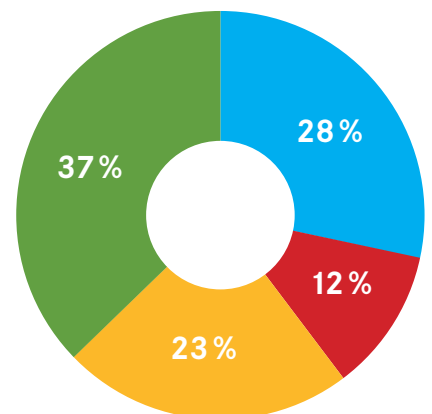
Mittlerer Erlösverlust pro MDK-Einzelfallprüfung (Baserate: 2.735 Euro)

Dabei zeigen sich leichte Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern (390 Euro vs. 428 Euro) sowie innerhalb der Krankenhausträgerschaft. Auch nimmt der mittlere Erlösverlust mit steigendem Versorgungsgrad zu [➔ Grafik 8](#).

Für die Bearbeitung der MDK-Fälle steigt in den Krankenhäusern der personelle Aufwand weiter an. Im Mittel fallen zusätzlich 32 ärztliche und 42 verwaltungstechnische Minuten Arbeitszeit für das MDK-Management an. Dabei investieren private Krankenhausträger offenbar mehr Aufwand in die Bearbeitung von Einzelfallprüfungen [➔ Grafik 9](#).

Für das EDV-Management von Einzelfallprüfungen stehen lediglich 28% der Kliniken eine KIS-nahe Lösung zur Verfügung. 12% der Krankenhäuser nutzen eigenständige kommerzielle Softwareprodukte, 23% zumeist selbst erstellte Accesslösungen und 37% eine Exceltabelle. 85% der Kliniken favorisieren jedoch eine im Krankenhausinformationssystem integrierte Lösung, um redundante Dateneingaben zu vermeiden [➔ Grafik 10](#).

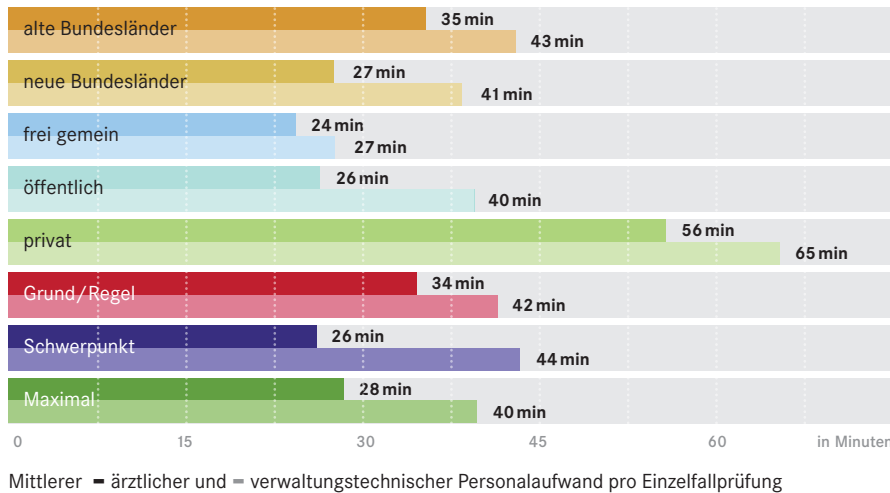
Grafik 10: EDV-Management von Einzelfallprüfungen



- KIS-nahe Lösung (28%)
- eigenständige kommerzielle Softwareprodukte (12%)
- selbst erstellte Accesslösungen (23%)
- Exceltabelle (37%)



Grafik 9: Ärztlicher und verwaltungstechnischer Personalaufwand



Mittlerer = ärztlicher und = verwaltungstechnischer Personalaufwand pro Einzelfallprüfung

Zusammenfassung und Diskussion

Die Kostenträger veranlassten auch nach Änderung des § 275 SGB V im Rahmen des GKV-WSG eine nahezu unvermindert hohe Anzahl von Einzelfallprüfungen (2006: 11,6% vs. 2007: 10,3%). Der Rückgang der Prüfquote um -1,3% ist eher als Schwankungsbreite zu interpretieren. Wie im Jahr 2006 wurden auch für 2007 rund 35% der Einzelfallprüfungen im Sinne einer Rechnungsminderung zugunsten der Kostenträger entschieden. Der mittlere Erlösverlust, bezogen auf alle Prüfungen, ist dabei um 14 Euro auf nunmehr 413 Euro angestiegen. Ebenso verzeichnen die Krankenhäuser einen Anstieg der personellen Anforderungen zur Bearbeitung von

MDK-Prüfungen um fast 20%.

Der Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern ergab für die Alt-Bundesländer trotz höherer Personalaufwendungen einen 10% höheren mittleren Erlösverlust.

Auch hinsichtlich der Krankenhausträgerschaft waren Unterschiede zu verzeichnen. So verlieren die Kliniken in privater Trägerschaft bei höchstem Personaleinsatz und größter Klagefreudigkeit zwar am häufigsten MDK-Prüfungen, verzeichnen dabei jedoch den geringsten mittleren Erlösverlust.

Dagegen war bei den frei-gemeinnützigen Kliniken mit geringstem Personaleinsatz und geringster Klagefreudigkeit der höchste mittlere Erlösverlust zu verzeichnen.

Mit zunehmender Versorgungsstufe der Krankenhäuser ist sowohl ein Anstieg der Prüfhäufigkeit, der Klagefreudigkeit als auch eine Zunahme der durchschnittlichen Erlösverluste festzustellen.

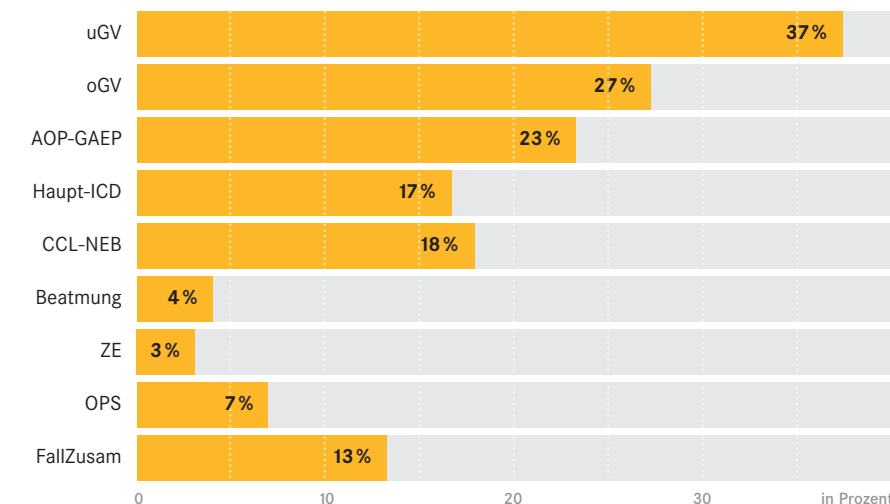
Hinsichtlich der Prüfungsinhalte war für das Jahr 2007 nochmals ein deutlicher Trend hin zur vermehrten Prüfung der primären und sekundären Fehlbelegung zu verzeichnen. In diesem Bereich erzielt der MDK in seiner Prüfung auch die deutlichsten Erfolge. Dagegen verlieren die Prüfung von entgeltrelevanten Nebendiagnosen und die Auswahl der richtigen Hauptdiagnose zunehmend an Bedeutung. Die Prüfung der Kostenträger von Beatmungsstunden, speziellen Operationsschlüsseln und Zusatzentgelten im Sinne einer Rechnungsminderung ist auch weiterhin nur selten von Erfolg gekrönt [Grafik 11](#).

Vergleichende Zahlen für das Jahr 2007 liegen derzeit leider noch nicht vor. Das Deutsche Krankenhausinstitut hat jedoch zahlreiche Fragestellungen der MDK-Frühjahrsbefragung in ihren Umfragekatalog zum Krankenhausreport 2007 aufgenommen. Damit stehen hoffentlich schon bald entsprechende Vergleichszahlen zur Verfügung.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass im Ergebnis der vorliegenden Untersuchung keine grundlegenden Auswirkungen der Gesetzesänderung auf das quantitative Prüfungsverhalten der Kostenträger festgestellt werden konnten. Eine wesentliche Ursache hierfür könnte im hohen Anteil (36%) unfertiger Einzelfallprüfungen zum Zeitpunkt der Abfrage liegen. Möglicherweise lagen der Untersuchungszeitraum 2007 und das Inkrafttreten der Gesetzesänderung ebenfalls zu eng beieinander. Letztlich fehlt zahlreichen Kliniken noch das notwendige EDV-Instrumentarium für derartig umfangreiche Analysen.

Der Trend einer unverändert hohen Anzahl von Prüfanfragen, auch im Jahr 2008, lässt jedoch berechtigten Zweifel an der Wirksamkeit der Gesetzesänderung aufkommen. Zu dieser Auffassung kommen auch andere Autoren [\(7\)](#), wenngleich umfassende Analysen dazu bislang weiter ausstehen. Allein die Tatsache, dass die Kostenträger im Mittel einen Rückzah-

Grafik 11: Ergebnisse der Einzelfallprüfungen nach Prüfgründen zugunsten der Kostenträger



Relativer Anteil zugunsten der Kostenträger entschiedenen MDK-Prüfungen nach Prüfgründen (in %)



lungsbetrag von 413 Euro pro geprüften Fall geltend machen können, dafür jedoch bei erfolgloser Prüfung nur 100 Euro bezahlen müssen, stützt obengenannte These. Dabei scheint von besonderem Interesse, dass die MDK-Prüfungen in Bezug auf primäre und sekundäre Fehlbelegung – die den Hauptanteil der Prüfungen ausmachen – für die Kostenträger weiterhin beste Aussicht auf Erfolg haben.

Die These einer auch zukünftig unverändert hohen Anzahl von Einzelfallprüfungen wird außerdem gestützt durch Stellungnahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, aus denen hervorgeht, dass eine sinnvolle Nutzung der Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG auch zukünftig nicht möglich ist. Ursache dafür sei die fehlende kassenspezifische Möglichkeit, das Ergebnis der Prüfung im Rahmen der Budgetverhandlung geltend zu machen.

Praktische Schlussfolgerungen

In Zeiten gedeckelter Budgets bei steigenden Personal- und Sachkosten gewinnt die Erlössicherung für die Krankenhäuser eine zentrale Bedeutung. Die Kliniken bedürfen deswegen eines qualitativ hochwertigen MDK-Managements (Medizincontrolling, Kodierfachkräfte, Dokumentationsstandards, EDV-Lösung zur Risikobewertung). Besonderes Augenmerk sollte dabei der medizinischen Dokumentation gelten, die entsprechend den hier vorgestellten Ergebnissen offensichtlich noch immer zu teilweise unnötigen Erlösverlusten führt. Die kurze aber prägnante medizinische Begründung der stationären Behandlungsnotwendigkeit in der Krankenakte (bestenfalls auch noch in der Epikrise) sowie eine tägliche ärztliche und pflegerische Verlaufsdokumentation könnte die Hälfte der jährlich rund 1,6 Mio. Einzelfallprüfungen ad absurdum führen. Die dafür notwendige Arbeitszeit wird seitens der Kliniken nachträglich im Rahmen der MDK-Prüfung ohnehin geleistet. Sinnvoller wäre es jedoch, diese Tätigkeit in die stationäre Behandlungsphase zu verschieben, um dann einer gegebenenfalls stattfindenden Fallprüfung gelassen entgegen zu sehen. Der Einsatz medizinischer Dokumentationsassistenten und Kodierfachkräfte erweist sich dabei

als sinnvolle Maßnahme zur Erschließung ökonomischer Reserven und Entlastung der Ärzte von administrativen Tätigkeiten.

Die Kostenträger werden aufgefordert, ihre Instrumente zum Aufspüren fehlerhafter Abrechnungen weiter zu verfeinern, um damit ihren Beitrag zu einer zielgerichteten Einzelfallprüfung und Entlastung des administrativen Aufwandes im Gesundheitswesen zu leisten. Dazu gehört auch in jedem Fall einer Einzelfallprüfung nach §275 SBG V, die konkreten Prüfgründe zu benennen. Diese bereits gesetzlich begründete Forderung wird von zahlreichen Kostenträgern weiterhin gern ignoriert. Leider gibt auch die gesetzgeberisch klar erscheinende Regelung zur Zahlung der Aufwandspauschale immer wieder Anlass zum Streit. Kodierungsveränderungen ohne Änderung des Rechnungsbetrages werden von zahlreichen Kostenträgern noch immer gern zur Verweigerung der Zahlung angeführt. Nachbesserungsbedarf besteht jedoch offenbar hinsichtlich der Kürzung des Rechnungsbetrages durch Investitionszuschlagsminderung bei verkürzter Verweildauer, da diese Verkürzung der Gesamtrechnung nur in den neuen Bundesländern zum Tragen kommt. Nach meiner Auffassung widerspricht die Auslegung eindeutig dem Gleichbehandlungsgrundsatz!

Besondere Kritik gilt den Herstellern von Krankenhausinformationssystemen, denen es zum größten Teil auch nach fünf Jahren Einzelfallprüfung unter DRG-Bedingungen noch immer nicht gelungen ist, die Kliniken durch entsprechende MDK-Softwaremodule zu unterstützen. Mir bleibt aus betriebswirtschaftlicher Sicht unverständlich, das ein

bundesweit strittiges MDK-Gesamtvolumen von ca. 0,65 Mrd. Euro zum großen Teil mittels Exceltabellen nachgehalten wird. Hier gibt es im Sinne eines qualitativ hochwertigen Risikomanagements einen offenkundig dringlichen Nachholbedarf.

Schlussfolgernd empfehle ich den Krankenhäusern, sich weiterhin auf zahlreiche Einzelfallprüfungen vorzubereiten. Angesichts des hohen finanziellen Risikos der Krankenhäuser durch MDK-Prüfungen erscheinen damit auch zukünftig Investitionen in Personal und Software betriebswirtschaftlich sinnvoll.

Danksagung

Abschließend bedanke ich mich bei den teilnehmenden Kliniken für das entgegengebrachte Vertrauen. Ebenso gilt der Dank Herrn J. Schikowski (Klinikum Bad Salzungen gGmbH), Herrn B. Sommerhäuser (myDRG.de), Herrn D. Hohmann (BG Krankenhaus Bergmannstrost Halle), der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), den Landeskrankenhausesellschaften in Sachsen und Brandenburg sowie Herrn R. Salzmer (Branding Healthcare) für die Unterstützung.

Michael Thieme

Medizincontroller; FA Anästhesiologie, Med. Informatik

medinfoweb.de – Portal für Informatik, Ökonomie, Marketing und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Weimar, den 08. Juli 2008

ANZEIGE



**BRANDING
HEALTHCARE®**

PROFIL

**Kommunikation, Gestaltung und
Markenführung für Krankenhäuser**

LEISTUNGEN

Patienten- und zuweiserorientierte Kommunikation in Medien wie: → **Qualitätsberichten**, → **Internet**, → **Broschüren**, → **Informationsmaterialien**, → **Zeitungen** und → **Magazinen**, etc.

Entwicklung von → **Kommunikationskonzepten** und → **Erscheinungsbildern**: Logo, Design, Bildsprache.

Entwicklung und Ergänzung der → **Fotografie**: Bildpools, Image, Dokumentation und Personal.

Realisation von → **Filmproduktionen**: Bewegtbild für Internet, Krankenhaus-TV, regionale oder überregionale Ausstrahlung.

MEHR INFOS UNTER → www.branding-healthcare.de



Quellen und weiterführende Informationen

- ① Vgl. Thieme, M. (2007), Herbstumfrage 2007, MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern – Bestandsaufnahme 2006 – Trend 2007, in: medinfoweb.de, 31.10.2007,
- ② Vgl. Roeder, N, Fiori, W., Bunzemeier, H. (2008), Einflüsse veränderter Kodierung und anderer Effekte auf den Case-Mix im G-DRG-System, Bewertung von Fehlkodierungs- und Rightcoding-Effekten sowie nicht kodierbedingten Effekten, Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, Januar 2008; Herausgeber: Niedersächsische Krankenhausgesellschaft
- ③ Vgl. Deutsches Krankenhaus Institut (2007), Entgeltfindung und -überprüfung im DRG-System, in: Krankenhausbarometer 2006, S. 26-38, URL:<http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht%202006.pdf> [Stand 08.10.2007]
- ④ Vgl. Zehnder, A. (2007), Unter Generalverdacht, in: kma, 5/2007, S. 62ff
- ⑤ Vgl. Becker, A., Pfeuffer, B., Beck, U. (2007), MDK-Aufwandspauschale - Fakten versus Phantasie, in: Krankenhaus Umschau, 6/2007, S. 508-512.
- ⑥ Vgl. DKG e.V. (28.3.2007): Neuregelungen zum MDK-Verfahren gemäß § 275 SGB V, URL:<http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/43/aid/2369> [24.09.2007].
- ⑦ Vgl. Becker, A., Pfeuffer, B., Beck, U. (2007) MDK-Aufwandspauschale - Fakten versus Phantasie, in: Krankenhaus Umschau, 6/2007, S. 508-512.