



medinfoweb.de



medinfoweb.de

**KRANKENHAUS
RECHNUNGS
PRÜFUNG
2017**

HERBSTUMFRAGE 2018



Rechnungsprüfung 2017 in deutschen Krankenhäusern

Einleitung

Nicht erst in letzter Zeit nehmen die Klagen der Krankenhäuser über eine ausufernde Prüfpraxis der Krankenkassen mit und ohne Zuhilfenahme des MDK extrem zu. Dabei verfolgte doch der Gesetzgeber mit der Neugestaltung des Prüfverfahrens nach § 275 SGB V das Ziel, die Zahl der Prüfverfahren wieder auf ein verträgliches Maß zu senken. Das Gegenteil ist der Fall. Die Kliniken melden aktuell Prüfquoten von 20 und mehr Prozent.

Ungeachtet dessen rügte der Bundesrechnungshof zugleich die Kassen wegen „unzureichender“ Krankenhausrechnungsprüfungen und resümiert im letzten Prüfbericht: „Längst nicht genug“!

Der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser (AKG) Dr. Matthias Bracht hält dagegen und beschreibt die Situation an der Basis: „Unsere Mitarbeiter gehen weiterhin jeden Tag in Vorleistung, während kontinuierlich steigende Prüfquoten, willkürliche Verrechnungen und hohe Rückstellungen für Prüfrisiken die Liquidität und Wirtschaftlichkeit der Häuser gefährden. Die inzwischen manifestierte Misstrauenskultur zwischen den Vertragspartnern führt zu einem unverantwortlichen Ressourceneinsatz und einer unerträglichen Arbeitsbelastung bei den Mitarbeitern“^[1].

Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands, sieht in der verstärkten Abrechnungsprüfung gar ein „lukratives Geschäftsmodell“ der Krankenkassen mit dem Ziel, „Leistungsinanspruchnahme ja, zahlen lieber nicht“. Leider erleben wir dabei vor Ort den MDK in der unrühmlichen Rolle des Erfüllungshelfen^[2].

Damit wird das Ziel der korrekten Abrechnung von Krankenhausleistungen durch die aktuelle Prüfsystematik systematisch konterkariert, stellt die Deutsche Gesellschaft für Medizincon-

Zahlen – Daten – Fakten im Überblick

4,6%

 Prüfquote
Falldialoge

14,2%

 Prüfquote
MDK

18,8%

 Gesamt-
prüfquote

56,0%

 Prüfergebnis pro
Krankenhaus

7,4%

 Quote
Nachverfahren

1,4%

 Quote
Sozialgericht

0,127

 Casemix-Verlust
Falldialoge

0,180

Casemix-Verlust MDK

0,165

 Casemix-Verlust
Gesamt

51 min

Aufwand pro Prüfungsfall

58.089

Betten

131

Anzahl Kliniken

2.665.375

DRG-Patienten

ca. 150 Std.

 Umfrageaufwand
Kliniken

ca. 55 Std.

 Umfrageaufwand
Team

trolling (DGfM) in seinem Positionspapier zur Neuordnung des Prüfverfahrens für stationäre Abrechnungen fest^[3]. Die DGfM fordert darin die Politik auf, einen grundsätzlichen Systemwechsel der Prüfung stationärer Abrechnungen zu initiieren und stellt hier Gestaltungsvorschläge dar, die im Krankenhausbereich sicher ausreichend Befürworter finden.

Folgerichtig ruft auch der Klinikverbund Hessen e.V. zum konstruktiven Dialog auf Fachebenen auf und sieht das Thema Krankenhausrechnungsprüfung eher in einer fachlichen Diskussion als in einem öffentlichen Schlagabtausch mit Vorwürfen und Unterstellungen^[4].

Sind die Klagen der Krankenhäuser zur aktuellen Prüfpraxis also berechtigt? Haben sich die Prüfquoten in den letzten Jahren tatsächlich nahezu verdoppelt?

Ziel der Herbstumfrage 2018

Krankenhausabrechnungsprüfungen sind vor dem Hintergrund stetig ausufernder Prüfpraxis der Krankenkassen durch den MDK und des daraus resultierenden Bürokratieaufwandes für die Krankenhäuser ein häufig diskutiertes und hochaktuelles Thema. Im Rahmen der oft einseitig öffentlich geführten Debatte ist sowohl für die Krankenhausgesellschaften als auch für die einzelnen Krankenhäuser wichtig, gegenüber Politik und Öffentlichkeit im Themenbereich Krankenhausabrechnung und MDK-Rechnungsprüfung auf einer breiten Datenbasis zu argumentieren, um etwaige Behauptungen entkräften zu können.

Vor diesem Hintergrund führten wir mit tatkräftiger Unterstützung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Landeskrankenhausgesellschaften unsere 10. Umfrage mit dem Titel „Herbstumfrage 2018 – Krankenhausrechnungsprüfung – Bestandsaufnahme 2017 – Trends 2018“. Das Ziel der Umfrage war die Aktualisierung der Datenbasis zu MDK-Prüfungen und Falldialogen im vollstationären DRG-Bereich und der Vergleich mit den Vorjahresergebnissen (Umfragen 2007 bis 2015).

Teilnehmer

An der zehnten bundesweiten Umfrage zum Thema „Krankenhausrechnungsprüfung in deutschen Krankenhäusern“ haben sich **131 Kliniken** mit 179 Betriebsstätten aus 16 Bundesländern beteiligt. Die teilnehmenden Kliniken repräsentieren rund **58.100 Betten** (11,8 %) und **2,7 Millionen stationäre Patienten** (13,9 %).

An der Umfrage teilnehmende Kliniken nach Trägerschaft und Versorgungstyp (Tabelle 1)

Trägerschaft	Kliniken	Standorte	Betten	Fälle
Frei-gemeinnützige Träger	75	91	26.370	1.177.067
Öffentl.-rechtliche Träger	42	67	29.206	1.331.982
Private Träger	14	21	2.513	156.326
Gesamt	131	179	58.089	2.665.375
Versorgungstyp	Kliniken	Standorte	Betten	Fälle
Grund	14	18	2.897	145.716
Regel	65	85	21.445	991.443
Schwerpunkt	19	31	11.679	561.270
Fach	16	20	1.971	73.264
Maximal	17	25	20.097	893.682
Gesamt	131	179	58.089	2.665.375

Ergebnisse

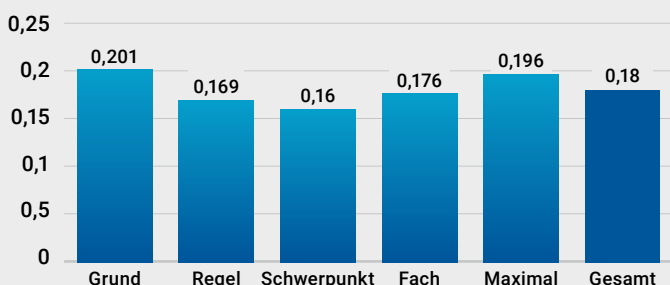
Die mittlere **Prüfquote** für reine **MDK-Einzel-fallprüfungen** nach § 275 SBG V im Jahr 2017 beträgt **14,2 Prozent** und liegt damit +1,6 Prozent über unserer letzten Umfrage des Datenjahres 2015. Der **Prüfkorridor** bewegt sich dabei von **2,7 bis 29,6 Prozent**. Immerhin 75 Krankenhäuser (57 %) meldeten uns eine MDK-Prüfquote, die über unseren zuletzt ermittelten Durchschnittswert von 12,6 Prozent liegt. Die Prüfquote nimmt auch in dieser Umfrage wieder tendenziell mit dem Versorgungsgrad der Häuser zu.



80 Prozent der MDK-Einzelfallprüfungen war zum Umfragezeitpunkt bereits abgeschlossen und 20 Prozent weiterhin in Bearbeitung. Keine Unterschiede waren hinsichtlich der Klinikträgerschaft festzustellen. In Bezug auf den Versorgungsgrad der Kliniken zeigen Grundversorger den höchsten (90 %) und Maximalversorger den niedrigsten (74 %) Bearbeitungsstand. 1,4 Prozent der MDK-Prüfungen wurden an das Sozialgericht übergeben (Max: 32 %). Hier zeigen sich Grund- (2,0 %), Schwerpunkt- (1,8 %) und Regelversorger (1,7 %) klagefreudiger, als Maximalversorger (1,0 %) oder Fachkrankenhäuser (0,3 %). Für die vorhergehenden Datenjahre melden die Häuser folgende Quoten zur Übergabe der strittigen Fälle an die Sozialgerichte: für 2016 1,0 Prozent und für 2015 0,7 Prozent.

Von den bereits abgeschlossenen **MDK-Prüfungen** der teilnehmenden Kliniken wurden im **Mittel 46 Prozent zugunsten der Kostenträger entschieden**. Frei-gemeinnützige Träger (48 %) müssen mehr Fälle abtreten als private Träger (46 %) und öffentlich-rechtliche Häuser (44 %). Die Krankenhäuser verlieren dabei im Mittel 0,180 BWR oder 608 € (Bundesbasisfallwert 2017 in Höhe von 3.376,11 €). Auch hier zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit vom Versorgungsgrad [Grafik 1] und vom Trägertyp: Frei-gemeinnützige Träger (536 €) vs. öffentlich-rechtliche Häuser (675 €) vs. private Träger (502 €).

Gewichteter Casemix-Verlust pro abgeschlossenem MDK-Fall (Grafik 1)

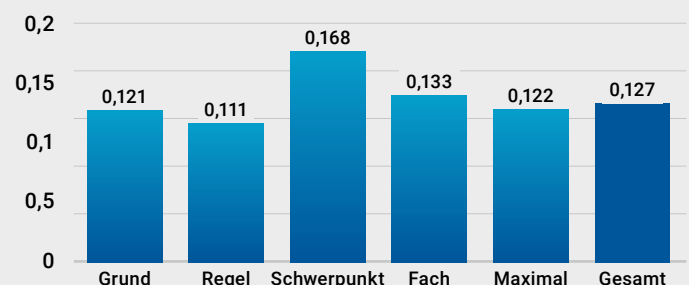


91 Kliniken gaben uns Ihre Daten zum Thema „Fristenüberschreitung § 7 Abs. 2 PrüfV“. Der Anteil verlorener MDK-Prüfungen, wegen eines nicht rechtzeitigen Versands der Unterlagen an den MDK, betrug demnach 0,26 Prozent.

Der Anteil von MDK-Prüfungen mit negativem Ausgang für die Kliniken, die einem **Nachverfahren** zugeführt werden konnten hat gegenüber unseren früheren Umfragen **drastisch abgenommen**. Im Durchschnitt waren es im Prüfungsjahr 2017 nur noch **7,4 Prozent**. Ursächlich dafür ist jedoch nicht die fehlende Bereitschaft der Kliniken, sondern vielmehr die pauschale Ablehnung der Kostenträger zu diesem leider immer noch „freiwilligen“ Verfahrensweg. Dabei zeigt doch gerade die Erfolgsquote von durchschnittlich 29 Prozent zugunsten der Krankenhäuser den dringlichen Bedarf einer gesetzlichen Regelung zum Nachverfahren an.

Die **mittlere Prüfquote für Falldialoge** mit den Kostenträgern betrug im Jahr 2017 **4,6 Prozent**, bei einem **Prüfkorridor von 0 bis 22 Prozent**. Jeweils rund 12 Prozent der Kliniken gaben an, entweder keine Falldialoge oder aber mehr als 10 Prozent Falldialoge durchzuführen. Während sich hinsichtlich des Versorgungstyps der Krankenhäuser kaum Unterschiede zeigen, ergeben sich nach unserer Analyse eine deutlich abweichende Bereitschaft zum Falldialog hinsichtlich der Trägerschaft: Frei-gemeinnützige Träger (6,5 %) vs. öffentlich-rechtliche Häuser (3,1 %) vs. private Träger (1,3 %). Dabei wurden seitens der Kliniken im Durchschnitt 19 Prozent der durch die Krankenkassen angeregten Falldialoge abgelehnt,

Gewichteter Casemix-Verlust pro abgeschlossenem Falldialog (Grafik 2)



von denen wiederum 40 Prozent von den Kostenträgern anschließend an den MDK übergeben wurden. In der Krankenhausträgerschaft gab es keine Unterschiede, wohl aber im Versorgungstyp. Kliniken der Maximalversorgung lehnten mit 41 Prozent, Regelversorger mit 15 Prozent und

alle anderen mit 3-5 Prozent die eingehenden Falldialoge ab. Im Rahmen der Falldialoge mussten öffentlich-rechtliche Häuser (52 %) mehr Fälle abtreten als Kliniken in frei-gemeinnütziger (49 %) oder privater Trägerschaft (42 %). Genauso zeigten sich in der durchschnittlich 50-prozentigen Verlustquote leichte Unterschiede beim KH-Versorgungstyp: Grund 46,1 % | Regel 51,2 % | Schwerpunkt 54,9 % | Fach 32,6 % | Maximal 46,4 %.

Die Krankenhäuser verlieren im Rahmen der Falldialoge im Mittel 0,127 BWR oder 429 € (Bundesbasisfallwert 2017 in Höhe von 3.376,11 €), mit Unterschieden bei der Trägerschaft (FG-Träger 436 € | ÖF-Träger 428 € | PV-Träger 207 €) und dem Versorgungsgrad.

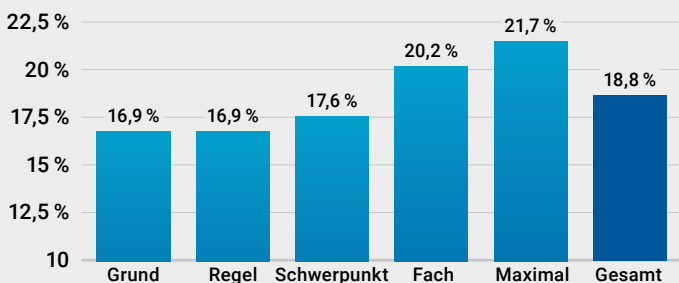
Aus der Zusammenfassung von MDK-Prüfungen und Falldialogen ergibt sich für die Kliniken eine gewichtete mittlere **Gesamtprüfquote für Krankenhausrechnungen im Jahr 2017 von 18,8 Prozent**.

Für die Vorjahre meldeten die Teilnehmer folgende Gesamtprüfquote für Krankenhausrechnungen: 2015: 13,1 Prozent und 2016: 15,5 Prozent.

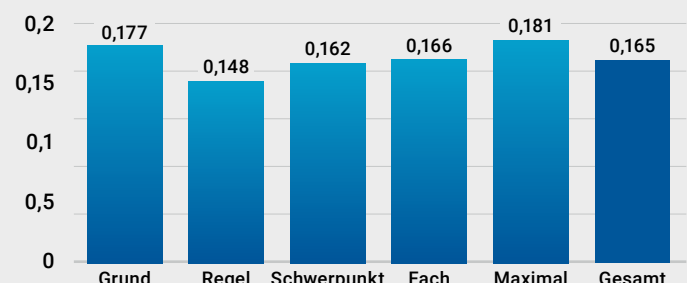
Die Krankenhäuser verlieren in dieser Gesamtbeurteilung der Rechnungsprüfung im gewichteten Mittel 0,165 BWR pro abgeschlossenem Fall oder 557 € (Bundesbasisfallwert 2017 in Höhe von 3.376,11 €), mit teilweise deutlichen Differenzen beim Versorgungsgrad (**Grafik 3**) und beim Trägertyp: frei-gemeinnützige Träger (497 €) vs. öffentlich-rechtliche Häuser (624 €) vs. private Träger (474 €).

Den mittleren Verlust von Bewertungsrelationen pro abgeschlossenem Prüfungsfall geben die teilnehmenden Kliniken im arithmetischen Mittel für das Datenjahr 2016 mit einem Wert von 0,174 Punkten und für das Datenjahr 2015 mit 0,176 Casemixpunkten an.

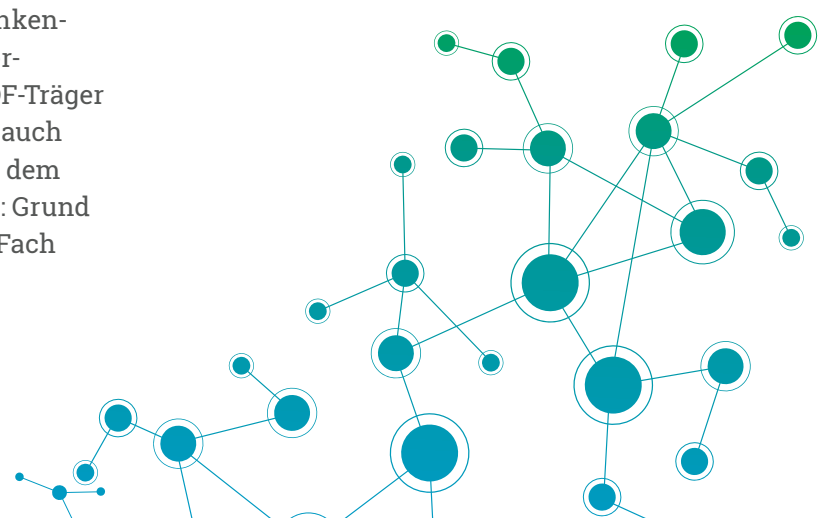
Gewichtete mittlere Gesamtprüfquote 2017 (Grafik 3)



Gewichteter Casemix-Verlust pro abgeschlossenem Falldialog und MDK-Fall (Grafik 4)



Der **Prüfkorridor** reicht dabei von **5 bis 37 Prozent**. Lediglich 9 Krankenhäuser (7 %) meldeten uns eine Gesamtprüfquote unter 10 Prozent, 82 Häuser (63 %) bezifferten die Quote auf 10-20 Prozent und weitere 40 Kliniken (30 %) gar auf über 20 Prozent. Hinsichtlich der Krankenhaus-trägerschaft zeigten sich kaum Unterschiede: Trägerschaft (FG-Träger 18,7 % | ÖF-Träger 19,0 % | PV-Träger 17,4 %). Dagegen scheint auch hier die Gesamtprüfquote tendenziell mit dem Versorgungsgrad der Häuser anzusteigen: Grund 16,9 % | Regel 16,9 % | Schwerpunkt 17,6 % | Fach 20,2 % | Maximal 21,7 %.



Erstmalig fragten wir zugleich nach dem anteiligen Erlösverlust durch Krankenhausrechnungsprüfungen am DRG-Gesamterlös. Für diesen gaben die Kliniken für die Datenjahre 2015 bis 2017 stetig steigende Werte über alle Krankenhaus-Trägerschaften und Versorgungstypen an.

Durch Rechnungsprüfung verursachter anteiliger Verlust am Gesamt-Casemix – Trägerschaft (Tabelle 2)

Trägerschaft	CMV 2015	CMV 2016	CMV 2017
Frei-gemeinnützige Träger	2,1 %	2,6 %	2,9 %
Öffentlich-rechtliche Träger	1,9 %	2,1 %	2,3 %
Private Träger	1,6 %	1,9 %	2,6 %
Gesamt	2,0 %	2,3 %	2,7 %

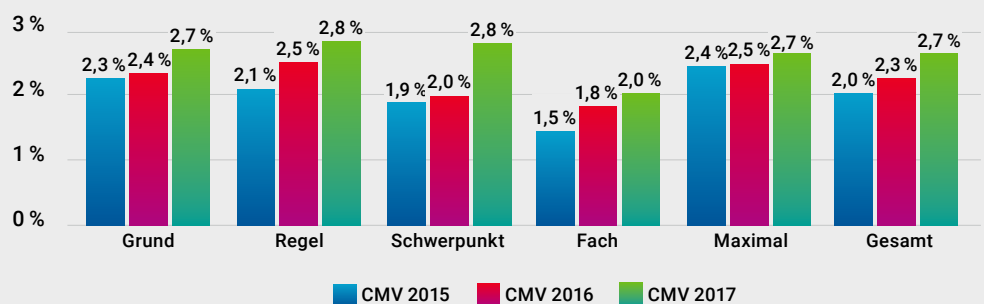
MDK-Einzelfallprüfungen finden wie in unseren vorhergehenden Umfragen weiterhin lediglich zu 35 Prozent als Inhouse-Prüfung statt. 65 Prozent der Prüfungen erfolgen im schriftlichen Widerspruchsverfahren.

Für die Bearbeitung der Falldialoge und MDK-Fälle in den Krankenhäusern geben die Verantwortlichen einen durchschnittlichen personellen Aufwand von 51 Minuten an. Das entspricht gegenüber unseren bisherigen Abfrageergebnissen einer Steigerung um 9 Minuten (21%). Es zeigten sich keine Unterschiede in Trägerschaft, Versorgungstyp, Art des Prüfungsverfahrens oder zwischen Kliniken mit und ohne angestrebten Sozialgerichtsverfahren.

Ein stetig steigender Aufwand durch Krankenhausrechnungsprüfungen veranlasste wohl einige Kliniken pauschale Vereinbarungen mit den Kostenträgern abzuschließen, um sich selbst von der Prüfung zu befreien. Wir nahmen das Thema mit der Fragestellung „Bestand eine Vereinbarung zum Verzicht von MDK-Prüfungen bei pauschaler Rechnungskürzung?“ in unsere Herbstumfrage 2018 auf. 8 Kliniken (6%) antworteten mit „Ja“, 105 Kliniken (80%) antworteten mit „Nein“ und 18 Häuser (14%) ließen die Frage unbeantwortet. Als Mittelwert für eine pauschale Rechnungskürzung wurden 3,3 Prozent angegeben.

Die primäre Kodierung erfolgt in den Kliniken mit kleinen Unterschieden hinsichtlich Trägerschaft und Versorgungsgrad zu 82 Prozent durch Kodierfachkräfte und zu 18 Prozent durch Ärzte

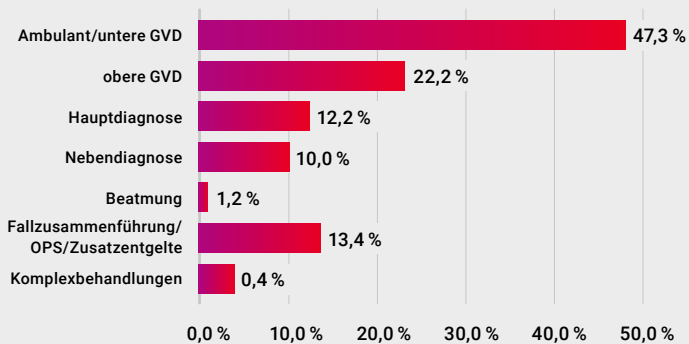
Durch Rechnungsprüfung verursachter anteiliger Verlust am Gesamt-Casemix 2015, 2016 und 2017 – Versorgungsart (Grafik 5)



(Kodierung durch Kodierfachkräfte: FG-Träger 79% | ÖF-Träger 86% | PV-Träger 78% | Grund 91% | Regel 81% | Schwerpunkt 68% | Fach 79% | Maximal 91%).

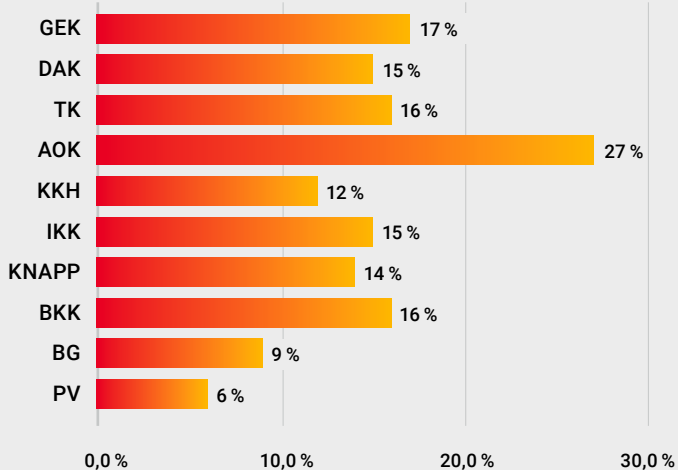
Mit insgesamt 70 Prozent bleibt die **Fehlbelegung**, wie bereits in unseren Vorjahresumfragen, **mit deutlichem Abstand der häufigste Prüfgrund**. Dem folgen mit gehörigem Abstand die korrekte Kodierung von Haupt- (12 %) und Nebendiagnosen (10 %), Fallzusammenführung/OPS/Zusatzentgelte (13 %) sowie Beatmungsstunden (1,2 %) und Komplexbehandlungen (0,4 %) (**Grafik 6**).

Prüfgründe (Grafik 6)



Die Analyse der Prüfquoten nach Kostenträgern zeigt zwischen den Krankenkassen und in den einzelnen Bundesländern erhebliche Unterschiede (**Grafik 7**).

Prüfquoten der Kostenträger 2017 (Grafik 7)



Der Trend zu immer höheren Prüfquoten für Krankenhausrechnungen hält auch im Jahr 2018 ungebrochen an. So meldeten die Teilnehmer für das Datenjahr 2018 sowohl für Falldialoge eine Zunahme um 1,6 auf 6,2 Prozent und für MDK-Prüfungen um 0,9 auf 15,1 Prozent.

Damit steigt die Gesamtquote für Krankenhausrechnungen im Jahr 2018 auf insgesamt 20 Prozent (+1,2 %).

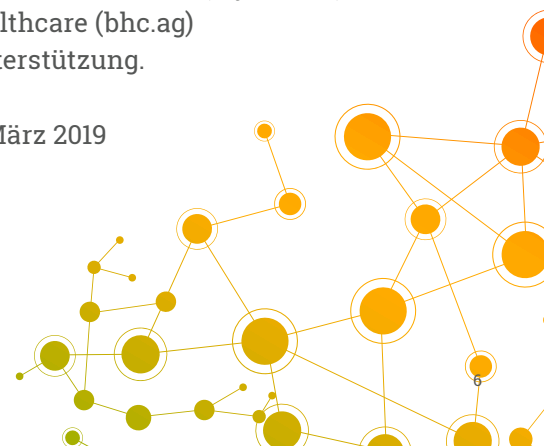
Hochrechnung

Ausgehend von 19,4 Mio. stationär behandelten Patienten im Jahr 2017 errechnet sich auf Grundlage unserer Untersuchungen eine Gesamtzahl von 3,66 Mio. Krankenhausrechnungsprüfungen in Deutschland. Bezogen auf den mittleren Erlösverlust von 557 € pro abgeschlossenen Prüffall (Bundesbasisfallwert 2017 in Höhe von 3.376,11 €), ergibt sich damit ein Rückerstattungsbetrag zugunsten der Kostenträger in Höhe von 2,04 Mrd. Euro oder 2,2 Prozent der stationären Gesamtausgaben von 91,3 Mrd. Euro. Der zum Bearbeiten der Rechnungsprüfungen notwendige Verwaltungsaufwand beträgt in den Kliniken hochgerechnet bundesweit rund 3,1 Mio. Arbeitsstunden und verursacht dort zusätzliche Kosten in Höhe von etwa 500 Mio. Euro.

Wir sagen Danke

Wir hoffen, dass die Ergebnisse unserer Herbstumfrage 2018 „Krankenhausrechnungsprüfung – Bestandsaufnahme 2017 – Trend 2018“ erneut einen wesentlichen Beitrag zur gesetzlichen Weiterentwicklung leisten können und bedanken uns nochmals ganz herzlich bei allen beteiligten Kliniken, die selbst in Summe mehr als 150 Stunden zur Erfassung ihrer Ergebnisse investiert haben und ohne die, die hier vorliegende Ergebnispräsentation zur aktuellen Situation der Krankenhausrechnungsprüfung in Deutschland nicht möglich wäre. Ebenso gilt unser Dank der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), den Landeskrankenhausgesellschaften, Herrn B. Sommerhäuser (myDRG.de) und Branding Healthcare (bhc.ag) für Ihre aktive Unterstützung.

Freiburg, den 14. März 2019



medinfoweb.de Der Gesundheitsmarkt im Überblick.

Pflegepersonaluntergrenzen, Fachkräftemangel, Pflegekostenausgliederung, Investitionslücken, Mindestmengen, Qualitätsindikatoren, Digitalisierung oder innovatives Krankenhausmarketing sind nur einige wenige aktuelle Schlagworte, die das deutsche Klinikmanagement im wachsenden Wettbewerbsumfeld vor zahlreiche Herausforderungen stellen. Dabei erlangt das tagesaktuelle Wissen um Informationen und Tendenzen einen unschätzbaren hohen Stellenwert.

Mit eigenen langjährigen Berufserfahrungen in der Krankenpflege, Medizin, Medizininformatik, Medizincontrolling, Qualitätsmanagement und

Krankenhausmanagement laden wir Sie herzlich ein, mit uns gemeinsam über den Tellerrand zu schauen.

Werktäglich informieren sich rund 1.900 Interessenten aus der Gesundheitswirtschaft auf medinfoweb.de kostenfrei über die aktuellen Trends der Branche. Rund 4.200 Abonnenten erhalten jeden Freitag unsere ebenfalls kostenfreie Wochenübersicht.

Profitieren Sie auch von unserem **Stellenmarkt für Fach- & Führungskräfte**, den wir in Kooperation mit mydrq.de betreiben. Im vergangenen Jahr wurden auf unseren Stellenmärkten weit über 600 Stellenanzeigen veröffentlicht.



Michael Thieme

FA für Anästhesiologie,
Zertifikat Medizinische Informatik GMDS & GI

Leiter Medizincontrolling
RKK Klinikum GmbH

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



Barbara Thieme

Angew. Gesundheitswissenschaften (B. Sc.)

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

Quellen und weiterführende Informationen

- [1] Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser (AKG) – Kommt die MDK-Reform noch vor dem Koalitionsbruch?
(Link: https://www.akg-kliniken.de/aktuelles/details/news/akg-mdk-reform/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=367c2145cff2393c237b633fd16d3329)
- [2] Ärzte Zeitung online: Kliniken und Kassen schieben sich den schwarzen Peter zu
(Link: https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/979946/abrechnungsstreit-kliniken-kassen-schieben-schwarzen-peter.html)
- [3] Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) zur Neuordnung des Prüfverfahrens für stationäre Abrechnungen
(Link: http://www.medizincontroller.de/dokumente/intern/Veranstaltungen/Positionspapier_DGfM_Abrechnungspruefung_Krankenhaus.pdf)
- [4] Klinikverbund Hessen e. V.: Der Vorwurf falscher Abrechnungen wird entschieden zurückgewiesen
(Link: http://klinikverbund-hessen.de/upload/2019-02-21_PM_Vorwurf_der_Falschabrechnung_wird_zurueckgewiesen.pdf)

Unterstützung, Satz & Layout:

BRANDING HEALTHCARE – WIR MACHEN MEDIZIN ZUR MARKE.
MARKENENTWICKLUNG, MARKETING & KOMMUNIKATION
FÜR IHRE NIEDERGELASSENEN STRUKTUREN. **BHC.AG**

