

4 Die Praxis

4.1 Einleitung

Bei der Einführung des G-DRG-Systems hatten die handelnden Parteien die Vorstellung, dass die korrekte Kodierung Hauptgrund für gelegentliche Fallprüfungen sein und bleiben würde. Im Jahr 2004 machten sich Kostenträger und Krankenhäuser Gedanken über die erforderliche Anzahl Kalium-Tabletten, um eine Hypokaliämie kodieren zu dürfen. Der Begriff „lernendes System“, der so oft im Zusammenhang mit G-DRG bemüht wird, bezog sich auf solche Fragen. Man glaubte, dass sich die Parteien nach einigen Jahren auf ein „richtiges“ Kodieren einigen würden.

Bekanntlich hat sich die Auseinandersetzung wesentlich anders entwickelt. Tatsächlich ist die Frage zur Hypokaliämie beantwortet worden (es gibt keine Mindestmenge); befriedet ist die Lage aber keineswegs. Fallprüfungen bezwecken mitunter keine konstruktive Erörterung im Sinne eines Lernens und Entwickelns.

Der Schwerpunkt scheint auf Prüfansätzen zu liegen, die für die Kassen mit dem geringsten Aufwand zu Erfolgen führen: Es sind die Verweildauerprüfungen, die am häufigsten sind und den Krankenhäusern viel Geld kosten.

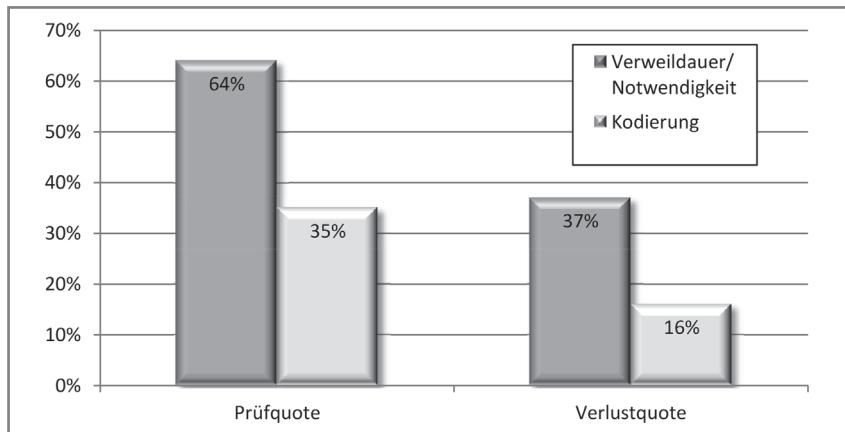


Abb. 2 Prüfquote und Verlustquote nach Prüfgründen aufgeschlüsselt. Verlustquote = Chance auf Erlösverlust bei Einleitung einer Rechnungsprüfung
(Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten von MedinfoWeb)

Insgesamt beklagt die Leistungserbringerseite eine Überregulierung und eine Misstrauensbürokratie im Umgang zwischen Krankenhäusern und Kassen. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes trägt zu diesen Entwicklungen wesentlich bei.⁷⁶

Eine detaillierte Besprechung des umfangreichen Katalogs an Streitpunkten zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern ist aus praktischen Gründen unmöglich. In diesem Kapitel werden Handreichungen gegeben und Quellen genannt, um dem Medizincontroller eine Orientierung zu bieten.

4.2 Sinn und Unsinn von Fallprüfungen

Für funktionierende und sinnvolle Rechnungsprüfungen müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

- **Objektivität:** Die Prüfung darf nicht voreingenommen oder parteiisch sein.
- **Reproduzierbarkeit:** Eine wiederholte Prüfung des gleichen Falles sollte immer zum gleichen Ergebnis führen. Unabhängig vom Prüfer, Zeit oder Ort.

Objektivität

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) war bei seiner Gründung in den 1990er Jahren als unabhängige und objektive Instanz konzipiert worden. Bis heute steht im Gesetz: „*Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen.*“⁷⁷ Es sollte ein Dienst nicht der Krankenkassen, sondern ein Dienst der sozialen Institution „Gesetzliche Krankenversicherung“ sein. Ein Dienst, der den übergeordneten und gemeinsamen Zielen der GKV, definiert im Sozialgesetzbuch, verpflichtet ist.⁷⁸

76 Schlottmann, Überregulierung und Misstrauensbürokratie im Krankenhaus, Das Krankenhaus 6/2018, 479–489

77 § 275 Abs. 5 SGB V

78 Niehoff, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (Hrsg.), Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb. Berlin, 2005, <http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/19376>

Seit der Einführung der G-DRGs hat der MDK viel von seiner Unschuld verloren. Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und MDK werden mitunter emotional geführt.

Die eigentliche Ursache für das schwierige Verhältnis zwischen Krankenhäusern und MDK liegt im Fehlkonstrukt des Gesetzgebers: Der „vertrauensärztliche Dienst“ wurde 1989 durch das Gesundheitsreformgesetz abgeschafft und durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ersetzt. Dabei wurde nicht genug darauf geachtet, dass die oben genannten Ziele auch in den Weisungs- und Vergütungsstrukturen des MDK abgebildet werden.

Der MDK (und vergleichbare Dienste) werden von den Krankenkassen und der Pflegeversicherung finanziert.⁷⁹ Das führt zu einem „Besitzanspruch“ der Kassen. Dass der MDK formal nicht der Aufsicht der Kassen, sondern der Landesregierungen unterworfen ist, ändert an dieser Tatsache nichts. In der Praxis üben die (großen) Kassen starken Einfluss auf das Handeln des MDK aus.⁸⁰ Sie beherrschen, trotz öffentlicher Kritik, die Verwaltungsräte des MDK. Über die MDK-Geschäftsführer (meist keine Ärzte), die vom Verwaltungsrat eingestellt werden, sollen die Gutachter gesteuert werden.

Reproduzierbarkeit

Die Zweifel an der Objektivität der Gutachter werden von der Krankenhausseite als vorwiegendes Problem wahrgenommen. Die größere methodische Schwäche bei den Rechnungsprüfungen liegt jedoch in der unzureichenden Reproduzierbarkeit der Ergebnisse.⁸¹ Dieses Phänomen wurde beeindruckend durch eine Studie des MDK Westfalen-Lippe unter Beweis gestellt: Aus dem Pool von Prüfaufträgen wurden 402 Rechnungen randomisiert gezogen. Diese wurden statt von einem jetzt von zwei Gutachtern, unabhängig voneinander, geprüft. In 122 Fällen (30%) kamen die Gutachter zu unterschiedlichen Fallpauschalen.⁸²

Diese gravierenden Unterschiede zwischen zwei MDK-Gutachtern bei der Prüfung der Kodierung lassen Schlimmeres für die Begutachtung von Verweildauerfragen ahnen; immerhin ist der Ermessensspielraum für solche Prüfungen ungleich größer.⁸³

79 Online-Lexikon des MDK: <http://www.mdk.de/902.htm>

80 U.a. SWR, Report Mainz vom 04.02.2014: Im Zweifel gegen den Patienten?

81 Fiori et al., Streitfall DRG-Abrechnung – Begutachtungsgrundlagen. Der Krankenhaus-Justitiar 1/2013, 5–9

82 Huber et al., Qualitätssicherung in der Kodierungsbegutachtung von Krankenhausfällen im G-DRG-System. Gesundheitswesen 2012; 74(10): 645–650

83 Dennler, Kürzung ohne Würze. F&W 09/2014

Zur Ehrenrettung des MDK muss gesagt werden, dass dieser Mangel nicht nur für die Prüfung von Krankenhausrechnungen gilt. Ähnliche Probleme gibt es bei der Zuverlässigkeit von ICD-Kodes⁸⁴ und die mangelnde Nachvollziehbarkeit medizinischer Gerichtsgutachten wird immer wieder kritisiert⁸⁵, wie prinzipiell alle Gutachten mit einer gewissen (menschlichen) Subjektivität behaftet sind.

Exkurs:

Richterentscheidungen bei der Begnadigung von Insassen israelischer Gefängnisse abhängig von der Tageszeit

Eine Studie zur Begnadigung von Insassen israelischer Gefängnisse hat ein vergleichbares Phänomen bei den Entscheidungen von Richtern demonstriert.⁸⁶

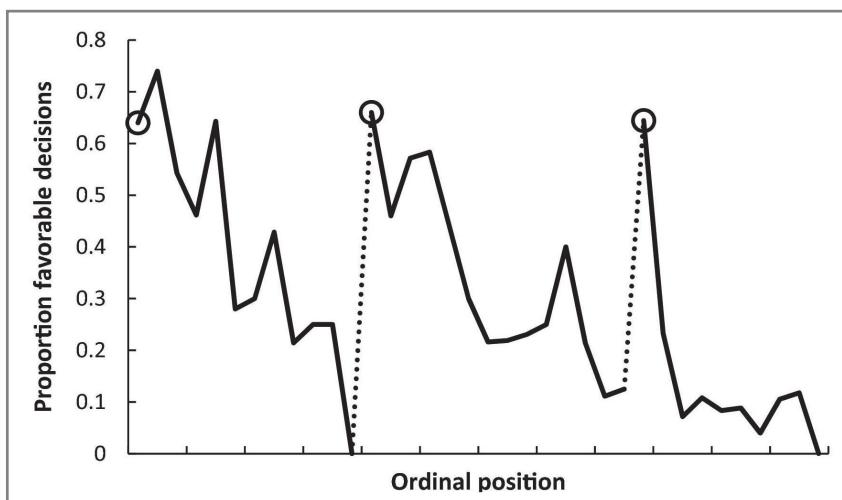


Abb. 3 Chance auf Begnadigung abhängig von der Tageszeit der richterlichen Prüfung des Gnadengesuchs

84 Wockenfuss, Frese e.a., Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care, Scand. J Prim Health Care 2009, 27: 131–136

85 Hassel, Medizinische Gutachter an Gerichten: Diese 5 Dinge müssten sich ändern. Focus Online 07.06.2016

86 Danziger et al., Extraneous factors in judicial decisions. Proc Natl Acad Sci USA. 2011 Apr; 108(17): 6889–6892.

In Israel wird die vorzeitige Entlassung von Häftlingen in Form eines Gnadengesuchs beantragt. Diese Anträge werden von Richtern nach Aktenlage geprüft und schriftlich bewilligt oder abgelehnt. In der Studie wurden 1.112 Gnadengesuche, die von acht Richtern an 50 Arbeitstagen bearbeitet wurden, ausgewertet. Dabei wurde besonders betrachtet, zu welcher Tageszeit über die Gesuche entschieden wurde.

In Abbildung 3 sind die Ergebnisse dargestellt. Die gestrichelten Linien stellen zwei Essenspausen dar. Das erschütternde Ergebnis: Gesuche, die gleich morgens früh oder direkt nach einer Pause geprüft werden, haben eine Chance zwischen 60 und 70% auf Bewilligung. Gegen Ende des Arbeitstages oder kurz vor einer Pause sinkt diese Chance auf weniger als 15%.

Eine mögliche zeitliche Sortierung der Fälle hinsichtlich Schwere des Vergehens, Anzahl früherer Haftstrafen oder bisheriger Haftdauer wurde ausgeschlossen. Eine bewusste Anpassung des Prüfverhaltens an die Tageszeit erscheint auch unwahrscheinlich. Somit bleibt als Erklärung übrig, dass tatsächlich etwas Banales wie die nahende Pause oder das nahende Arbeitsende die Urteile der betreffenden Richter beeinflusst hat.

Es gibt keine Veranlassung, das Urteilsverhalten von MDK-Gutachtern oder ihrer Gegenpole in den Krankenhäusern anders einzuschätzen. Wir alle sind einer Tages(zeit)form unterworfen und unsere Einsichten und Urteile hängen davon ab.

Unvorhersehbare Prüfungsergebnisse

Zusammenfassend darf man sagen: Fallprüfungen im Krankenhaus können nie wirklich objektiv durchgeführt werden; außerdem sind die Ergebnisse zwangsläufig auch von Faktoren mitbestimmt, die inhaltlich mit dem Fall nicht direkt etwas zu tun haben.

Leider werden Korrekturen von Krankenhausrechnungen auch dafür genutzt, Krankenhäuser nach außen hin in ein schlechtes Licht zu setzen.⁸⁷ Solche Maßnahmen schaden dem Ansehen von Krankenhäusern in der Öffentlichkeit nachhaltig und erschüttern das Vertrauen der Versicherten in die Leistungserbringer. Bei der Verhandlung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband über die Prüfverfahrensvereinbarung drohte der GKV-Spitzenverband sogar öffentlich mit der

87 Fiori et al., Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser? Das Krankenhaus 7/2010, 621–628

weiteren Auseinandersetzung in der Presse und dem Herbeiführen eines Imageschadens für die Krankenhäuser.⁸⁸

Die oben dargestellten Widrigkeiten einer Rechnungsprüfung gereichen somit vorwiegend den Krankenkassen zum Vorteil: Wesentliche Anteile der Vergütung werden den Krankenhäusern aufgrund fragwürdiger Prüfverfahren wieder weggenommen und kommen stattdessen den Kassen direkt zu Gute. Nebenbei wird den Krankenhäusern diese Praxis zum Vorwurf gemacht und ihnen zu Unrecht öffentlich und wiederholt Betrug vorgeworfen.^{89,90}

Um funktionieren zu können, setzt das DRG-System gewisse Regeln bei der Kodierung und Leistungserbringung voraus.⁹¹ Dafür ist eine Prüfung von Krankenhausrechnungen unerlässlich. Ein wirksames und gerechtes Prüfsystem dafür gibt es allerdings noch nicht. Zwei dringend erforderliche Änderungen liegen jedoch auf der Hand:

- Der MDK und anverwandte Prüfdienste müssen wirklich unabhängig für alle Partner in der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungserbringer, Kostenträger und Versicherte) agieren dürfen. Dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen muss erlaubt sein, zu werden, was er eigentlich sein wollte: Ein Medizinischer Dienst des gesamten Systems der Krankenversicherung und nicht nur der Krankenkassen.
- Da die Krankenhausrechnungen nicht unmittelbar von den Krankenkassen, sondern auf dem Umweg über den Gesundheitsfonds beglichen werden, Rückerstattungen oder einbehaltene Erlöse aber direkt an die Krankenkassen zurückfließen, lässt sich ein direkter finanzieller Prüfanreiz für die Krankenkassen unterstellen. Erlöse, die zu Unrecht erzielt wurden, sollten daher wieder genau dorthin zurückfließen, wo sie herkommen: in den Gesundheitsfonds und nicht direkt an die Krankenkassen.

88 Wolff: Abrechnungsprüfungen in den Krankenhäusern – Die Sicht des GKV-Spitzenverbandes. Vortrag auf dem 13. DRG-Forum 14.03.2014

89 Platzer, Das Korrektiv nutzen: Was bringen die MDK-Abrechnungsprüfungen den Krankenkassen. MDK-Kongress 2012, Berlin

90 Fiori et al., Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser – Tatsache oder Fiktion? Das Krankenhaus 1/2010, 17–32

91 Fiori et al., Kodierprüfungen – sinnvolle Lösungen sind gefragt. Das Krankenhaus 12/2012, 1291–1297