

DER DIREKTE KONTAKT ZÄHLT

Der MDK Nordrhein prüft im Auftrag der Krankenkassen komplexe Abrechnungen immer häufiger direkt in den Kliniken. Dabei setzt das Prüfer-Team auf Beratung vor Ort und auf kollegialen Austausch.



Rund 18,8 Millionen stationäre Behandlungen gab es zuletzt in den deutschen Krankenhäusern. Ihre Leistungen rechnen die Kliniken seit elf Jahren über ein System diagnosebezogener Fallgruppen (DRG) mit den Krankenkassen ab. Dazu verschlüsseln sie im einzelnen Fall die Diagnose, Behandlungsmaßnahmen, Komplikationen oder Begleiterkrankungen.

Das DRG-System sorgt dafür, dass die Vergütungen von Leistungen der Krankenhäuser vergleichbarer sind. Doch mit allein 1.200 Hauptgruppen und einem fein verstellten Kodiersystem ist es auch anfällig für Abrechnungsfehler. Die Krankenkassen sind deshalb gesetzlich verpflichtet, Krankenhausrechnungen zu überprüfen. Dazu schalten sie den MDK ein.

„Es geht darum, strittige Fälle zu klären. Trotzdem verstehen wir uns inzwischen neben der Kontrollfunktion immer mehr als Berater“, sagt Dr. Claudia Kreuzer. Die Ärztin leitet den Medizinischen Fachbereich Stationäre Versorgung beim MDK Nordrhein. Insgesamt 80 Mediziner und Kodierfachkräfte gehören zum Team, das für rund 200 Krankenhäuser zuständig ist.

Die Abrechnungsprüfungen finden in Nordrhein immer häufiger vor Ort im Krankenhaus statt. Die Fallbesprechung („Begehung“) löst nach und nach die bislang vorherrschende Entscheidung nach Aktenlage in der Dienststelle ab. „Offene Fragen lassen sich im direkten Gespräch schneller klären, es geht kollegialer zu und aus den Begegnungen ergeben sich meist gute Kontakte für die weitere Zusammenarbeit“, erläutert Kreuzer.

Die Menge der Behandlungen im Krankenhaus lässt nur gezielte Stichproben bei den Prüfungen zu. Im Schnitt sind es etwa zehn Prozent der Rechnungen. In der Regel handelt es sich um Fälle, die den Krankenkassen bei der ersten Sichtung bereits aufgefallen sind. Entsprechend

hoch ist der von den Gutachtern festgestellte Anteil von Beanstandungen, er liegt zwischen 60 und 65 Prozent. Besonders kritisch schauen die Kassen nach Darstellung der MDK-Fachbereichsleiterin hin, wenn es um Beatmungsstunden geht: „Teilweise führen nur ein paar Beatmungsstunden mehr zu einer besser bezahlten DRG-Fallgruppe. Weicht das Krankenhaus von den Kodierregeln ab, bringt das gleich ein paar tausend Euro mehr für die Klinik.“

Was Wunder, dass das Thema Abrechnungsprüfung ein ewiger Zankapfel zwischen Kliniken und Kassen ist. Im Sommer 2014 haben sich die Spitzenverbände beider Seiten auf neue Verfahrensregeln geeinigt. Sie gelten für alle stationären Behandlungen, die ab 1. Januar 2015 begonnen haben. Ein Prüfverfahren muss jetzt innerhalb von neun Monaten abgeschlossen werden. Entsprechend zügig arbeitet auch das MDK-Team in Nordrhein. Kreuzer: „Für uns läuft die Frist ab Auftragserteilung durch die Krankenkasse. Dann bleiben uns rund acht Monate, um einen strittigen Fall zu klären. Spätestens nach neun Monaten muss die Krankenkasse der Klinik den abschließenden Bescheid zustellen.“ Die Krankenhäuser werden vorab informiert, welche Fälle zur Prüfung anstehen. Optimal verläuft ein Termin aus Sicht des MDK-Teams, wenn Medizincontroller oder Fachärzte der Klinik einen Fall bereits aufbereitet haben und als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Das deutsche Fallpauschalensystem ist ständig in Bewegung. Alljährlich gibt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einen neuen DRG-Katalog heraus. Die meisten Krankenhäuser beschäftigen inzwischen Spezialisten, die sich ausschließlich um das aus Klinik-sicht optimale Kodieren kümmern. Für Claudia Kreuzer und ihr Team bedeutet das, immer auf dem aktuellen Stand zu sein. Dafür sorgt der MDK Nordrhein mit regelmäßigen Schulungen der Gutachter, zertifizierten Fortbildungen und Fachkonferenzen.