



## **Reformvorschläge für die Krankenhausabrechnung und MDK-Abrechnungsprüfung**

Essen, 04. September 2019

Prof. Dr. Boris Augurzky, Thorben Korfhage,  
Dr. Simon Reif, Dr. Antonius Reifferscheid

## Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Inhaltsverzeichnis.....   | 1  |
| Abkürzungsverzeichnis.....  | 3  |
| Executive Summary.....  | 4  |
| 1 Einleitung .....  | 7  |
| 2 Hintergrund.....  | 8  |
| 3 Reformvorschläge und deren Bewertung durch Gesprächspartner.....            | 12 |
| 3.1. Übersicht zu Reformvorschlägen.....                                      | 12 |
| 3.2. Bewertung der Reformvorschläge durch Gesprächspartner .....              | 16 |
| 4 Eigene Reformvorschläge .....   | 21 |
| 4.1. Maßnahmenbündel .....  | 22 |
| 4.1.1 Maßnahmenbündel Scoringmodell .....                                     | 22 |
| 4.1.2 Maßnahmenbündel Stichprobenprüfung.....                                 | 23 |
| 4.1.3 Maßnahmenbündel Prüfrechtehandel .....                                  | 24 |
| 4.2. Maßnahmen der Maßnahmenbündel .....                                      | 25 |
| 4.2.1 Scoringmodell .....   | 25 |
| 4.2.2 Stichprobenprüfung.....   | 28 |
| 4.2.3 Prüfrechtehandel .....  | 33 |
| 4.2.4 Verbindliche prospektive Strukturprüfung.....                           | 36 |
| 4.2.5 Änderung ambulanter Vergütung.....                                      | 36 |
| 4.2.6 Abschaffung der unteren Grenzverweildauer .....                         | 41 |
| 4.2.7 Glättung von Vergütungssprüngen.....                                    | 41 |
| 4.2.8 Automatische Beauftragung des bundesweiten Schlichtungsausschusses..... | 42 |
| 4.2.9 Aufrechnungen beibehalten .....   | 42 |
| 4.2.10 Aufwandspauschale umwidmen.....  | 43 |
| 4.2.11 Sanktionen .....   | 44 |
| 4.2.12 Digitaler Austausch zwischen Krankenhäusern und MDK.....               | 44 |
| 4.2.13 Anspruch der Krankenhäuser auf Einsicht in MDK-Gutachten.....          | 45 |
| 4.2.14 Einigungsversuch vor Klage beim Sozialgericht.....                     | 45 |
| 4.2.15 Schaffung von Transparenz.....   | 45 |
| 4.2.16 Rechnungs- und Datenkorrekturen begrenzen .....                        | 46 |
| 5 Fazit.....  | 47 |
| 6 Literaturverzeichnis .....  | 49 |

## Abbildungsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Verfahren der Abrechnungsprüfung.....   | 9  |
| Abbildung 2: Kosten und Effekt der Abrechnungsprüfung .....  | 11 |
| Abbildung 3: Problemfelder der Abrechnungsprüfung.....   | 17 |
| Abbildung 4: Maßnahmenbündel „Scoringmodell“ .....   | 22 |
| Abbildung 5: Maßnahmenbündel „Stichprobenprüfung“.....   | 23 |
| Abbildung 6: Maßnahmenbündel „Prüfrechtehandel“ .....  | 24 |
| Abbildung 7: Beispiel für das Scoringmodell im Jahr 2020 .....   | 26 |
| Abbildung 8: Berechnung des Scores im zweiten Jahr.....  | 26 |
| Abbildung 9: Kosten für Abrechnungsprüfung mit Scoring im zweiten Jahr. ....                           | 27 |
| Abbildung 10: Stichprobenziehung und Hochrechnung .....  | 29 |
| Abbildung 11: Vergleich frühere mit hier vorgeschlagener Ausgestaltung der<br>Stichprobenprüfung ..... | 31 |
| Abbildung 12: Funktionsweise des Ambulantisierungsbudgets mit Obergrenze .....                         | 38 |
| Abbildung 13: Funktionsweise eines Vergütungssystems mit fallenden Preisen .....                       | 39 |

## Abkürzungsverzeichnis

|        |   |
|--------|---|
| BDI    | Berufsverband der Deutschen Internisten                           |
| BMG    | Bundesministerium für Gesundheit                                  |
| BSG    | Bundessozialgericht   |
| DGfM   | Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling                      |
| DIMDI  | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information |
| DKG    | Deutsche Krankenhausgesellschaft                                  |
| DRG    | Diagnosis Related Groups  |
| GKV-SV | Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen                |
| InEK   | Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus                     |
| MD     | Medizinischer Dienst  |
| MDB    | Medizinischer Dienst Bund   |
| MDK    | Medizinischer Dienst der Krankenkassen                            |
| MDS    | Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen  |
| OGVD   | Obere Grenzverweildauer   |
| OPS    | Operationen- und Prozedurenschlüssel                              |
| PEPP   | Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik      |
| PrüfvV | Prüfverfahrensvereinbarung  |
| s.     | siehe   |
| u.a.   | unter anderem   |
| UGVD   | Untere Grenzverweildauer  |
| vgl.   | vergleiche  |

## Executive Summary

Die Krankenhausabrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sind seit einigen Jahren Gegenstand strittiger Debatten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Das Volumen der MDK-Abrechnungsprüfungen hat in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen und damit auch die Konflikte und Gerichtsverfahren zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Entsprechend stiegen mit der zunehmenden Zahl von Prüfaufträgen an den MDK die Rückforderungen der Krankenkassen. Im Jahr 2018 ergaben sich bei 2,6 Mio. Abrechnungsprüfungen Rückforderungen von insgesamt knapp 3 Mrd. €. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ist ein weiterer Anstieg der Abrechnungsprüfungen durch den MDK zu erwarten - gleichzeitig scheinen Krankenhäuser, die MDK und die Sozialgerichte an bereits an ihren Belastungsgrenzen anzukommen.

Vor diesem Hintergrund besteht Reformbedarf des MDK-Prüfungssystem. Ziel dieses Gutachtens ist es, Vorschläge für eine Reform der MDK-Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus zu entwickeln. Diese Vorschläge sollen den Aufwand der MDK-Prüfungen zeitnah begrenzen können, die Effektivität des Prüfsystems erhöhen, Konfliktpunkte zwischen Krankenhäusern, MDK und Krankenkassen abbauen und die Interessen dieser Akteure möglichst ausgleichend berücksichtigen. Dazu haben wir die Forderungen und Vorschläge einschlägiger Akteure in der Literatur gesichtet und systematisiert. Im Anschluss haben wir 30 Gesprächspartner von Krankenhäusern, Krankenkassen, Medizinischen Diensten der Krankenkassen und weiteren relevanten Verbänden persönlich oder telefonisch befragt. Auf diese Weise haben wir die Problemsicht der Akteure nachvollzogen, Vorschläge zur Vermeidung spezifischer Probleme generiert und ein Meinungsbild zu bestehenden Vorschlägen eingeholt.

Zahlreiche Problembereiche, die die primären und sekundären Fehlbelegungsprüfungen und Prüfungen von Diagnosen und Prozeduren – auch im Rahmen von Strukturprüfungen – betreffen, ließen sich identifizieren. Außerdem gibt es zahlreiche Konfliktpunkte im weiteren Kontext der MDK-Prüfung, hinsichtlich der Datenübermittlung, der Durchführung der Prüfung, der Ergebnisbegründung und der anschließenden Aufrechnung von Forderungen. Bei den Vorschlägen und deren Bewertung zeigten sich naturgemäß Diskrepanzen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Dennoch gab es auch übereinstimmende Forderungen wie z.B. nach einem bundesweiten Schlichtungsausschuss oder einem digitalen Datenaustausch zwischen Krankenhaus und MDK.

Auf Basis dieser Erkenntnisse haben wir Reformvorschläge in Form von drei größeren, alternativ zu verstehenden Maßnahmenbündeln entwickelt, welche die gegenwärtigen Problemfelder deutlich entschärfen können und gleichermaßen die Interessen von Krankenhäusern und Krankenkassen berücksichtigen. Zur Wahrung dieser Balance kann jedes Maßnahmenbündel nur in seiner Gesamtheit betrachtet werden. Ein Herausgreifen einzelner Maßnahmen kann die Balance eines Maßnahmenbündels zerstören.

Das Maßnahmenbündel „Scoringmodell“ setzt darauf, Krankenhäuser im Hinblick auf ihr Abrechnungsverhalten in „unauffällige“ und „auffällige“ Einrichtungen einzuteilen („Scores“) und dementsprechend unterschiedlich zu prüfen. Krankenhäuser mit einem auffälligen Abrechnungsverhalten werden verstärkt kontrolliert, während unauffällige Krankenhäuser entlastet werden. Dabei ist vorgesehen, dass den Krankenkassen mit einer wachsenden Zahl an Prüfungen steigende Prüfkosten entstehen – allerdings differenziert nach den Scores. Für ein Grundniveau

an Prüfungen entstehen den Krankenkassen keine Kosten. Bei Krankenhäusern mit einem guten Score kann eine Krankenkasse beispielsweise fünf Prozent der Fälle kostenlos prüfen, während es bei Krankenhäusern mit schlechtem Score beispielsweise 15% sind. Werden solche definierten Prüfquoten überschritten, steigen die Kosten der Prüfungen für Krankenkassen immer weiter an. Für die Kassen ist somit ein Anreiz gegeben, die zu prüfenden Fälle im Hinblick auf die Höhe der Rückforderung und die Erfolgswahrscheinlichkeit zu selektieren. Für die Krankenhäuser wird im Gegenzug ein Anreiz für eine korrekte Abrechnung gesetzt. Außerdem umgeht dieses Scoringmodell mögliche Fehlanreize, die mit einer maximalen Prüfquoten einhergehen.

Das Maßnahmenbündel „Stichprobenprüfung“ beinhaltet im Kern ein Stichprobenverfahren mit Hochrechnung auf die Grundgesamtheit. Durch die Ziehung einer repräsentativen Stichprobe aus der Grundgesamtheit aller Fälle eines Krankenhauses kann der Prüfaufwand quantitativ auf die Größe der Stichprobe begrenzt werden. Gleichzeitig ermöglicht die Hochrechnung der Ergebnisse aus der Stichprobe auf die Grundgesamtheit eine statistisch fundierte Abschätzung des gesamten Rückforderungsvolumens. Einzelne Krankenkassen haben dabei keinen Einfluss auf Umfang und Art der vom MDK zu prüfenden Fälle. Es handelt sich um eine geschichtete Zufallsstichprobe, die nach einheitlichen Regeln gezogen wird. Damit die Krankenhäuser und Krankenkassen Erfahrungen mit der Stichprobenprüfung sammeln können, soll dieses Verfahren zunächst nur für sekundäre Fehlbelegungsprüfungen eingesetzt werden.

Das Maßnahmenbündel „Prüfrechtehandel“ ist alternativ zu den beiden vorgehenden Vorschlägen zu sehen und begrenzt den Aufwand des MDK-Prüfsystems auf der Gesamtebene auf eine vorab vorgegebene Menge. Dazu wird eine konkrete Menge an Prüfrechten – z.B. 2,5 Mio. – an die Krankenkassen gemäß ihren Anteilen an den gesamten Krankenhausfällen ausgegeben. Krankenkassen können ein Prüfrecht entweder dazu nutzen, um eine MDK-Prüfung für eine an sie gestellte Abrechnung prüfen zu lassen oder sie können das Prüfrecht an eine andere Krankenkasse verkaufen, die damit eine zusätzliche Prüfung ihrer Abrechnung beim MDK einleiten kann. Der Preis eines Prüfrechts bestimmt sich über Angebot und Nachfrage. Für eine Krankenkasse ist es wirtschaftlich sinnvoll, ein Prüfrecht an eine andere Kasse zu verkaufen, wenn sein Preis die durchschnittlich erwartete Rückforderung übersteigt. Umgekehrt lohnt sich der Ankauf eines Prüfrechts, wenn die zu erwartende Rückforderung bei einer Prüfung höher als der Preis des Prüfrechts ist. Damit ergibt sich ein ähnlicher Effekt wie im Scoringmodell: Je mehr eine Krankenkasse prüfen möchte, desto teurer wird es für sie. Es gibt für sie dabei keine individuelle Obergrenze. Anders als im Scoringmodell ist aber die bundesweite Prüfquote im Voraus exakt festgelegt.

Innerhalb der Maßnahmenbündel gibt es darüber hinaus zahlreiche weitere einzelne Maßnahmen. So tragen prospektive verbindliche Strukturprüfungen zur Reduktion von Einzelfallprüfungen bei. Sie erfordern eine klare rechtliche und bundesweit einheitliche Regelung. Die primären Fehlbelegungsprüfungen sind Ausdruck fehlender ambulanter Abrechnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser, die durch passende Abrechnungsmöglichkeiten vermeidbar wären. Idealerweise werden über Budgetansätze Anreize derart gesetzt, sodass ein Krankenhaus aus Eigeninteresse eine ambulante Leistungserbringung forciert. Alternativ dazu könnten die Kriterien der primären Fehlbelegung präzisiert werden. In Kombination mit der Neugestaltung der Vergütung ambulantisierbarer Fälle ist zudem eine Abschaffung der unteren Grenzverweildauer (UGVD) denkbar. Ohne eine solche Neugestaltung wäre die Abschaffung der UGVD jedoch problema-

tisch, weil damit die Vergütungsdifferenz zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung sogar noch zunähme. Weitere große Vergütungssprünge wie z.B. bei Beatmungsstunden sollten ebenfalls abgeschafft werden.

Darüber hinaus sollte der bundesweite Schlichtungsausschuss neu ausgestaltet werden und regelmäßig verbindliche Entscheidungen zu den häufigsten Streitfällen treffen, um die „Graubereiche“ der Abrechnung sukzessive zu verringern. Ebenfalls ist ein bundesweit einheitlicher maschineller Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und MDK einzuführen. Auch sollen Krankenhäuser künftig die vollständigen MDK-Gutachten erhalten, um bei Rechnungskürzungen die Entscheidungsgründe im Detail nachvollziehen zu können und so Lerneffekte zu generieren. Um die Klagen vor den Sozialgerichten zu reduzieren, soll vor Einreichung einer Klage vor einem Sozialgericht ein verbindlicher Einigungsversuch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse stattfinden, bei dem ein neutraler Mediator eingesetzt wird.

Allgemein ist über regelhafte Statistiken und Berichte eine umfassende Transparenz über das Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser und das Prüfverhalten der MDK herzustellen. Um Aufwand der MDK zu verringern, ist zudem eine Abschaffung von Rechnungs- und Datenkorrekturen vorgesehen. Überdies sollen Krankenkassen auch künftig durch MDK-Gutachten gestützte Forderungen bei fehlender Mitwirkung eines Krankenhauses mit laufenden Abrechnungen aufrechnen dürfen, weil ein generelles Aufrechnungsverbot die Anzahl der Klagen vor den Sozialgerichten stark erhöhen könnte. Allerdings sollen Aufrechnungen nur innerhalb eines Jahres stattfinden und sich die Krankenkassen strikt an die Prüfverfahrens-Vereinbarung halten müssen. Auf die bisherigen Aufwandspauschalen kann künftig verzichtet werden. Denn in den Maßnahmenbündel „Scoringmodell“ und „Prüfrechthehandel“ fallen für Kassen ab einer bestimmten Menge Kosten für Prüfungen an und im Maßnahmenbündel „Stichprobenprüfung“ ist die Stichprobe und damit der Prüfaufwand ex ante fest definiert.

Alle Maßnahmenbündel sind relativ kurzfristig umsetzbar. Sie begrenzen den Prüfaufwand, setzen Anreize zur korrekten Abrechnung, verringern das Fehlerpotenzial und tragen auf vielfältige Weise zur Optimierung des Prüfverfahrens bei. Aus unserer Sicht stellen sie gegenüber dem Status quo eine Verbesserung dar und bilden einen ausgewogenen Kompromiss zwischen den Interessen von Krankenhäusern und Krankenkassen.

## 1 Einleitung

In den vergangenen Jahren haben sich die Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus durch den MDK mit steigendem Umfang zu einem permanenten Konfliktfeld zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen entwickelt. Allein zwischen 2014 und 2018 ist die Anzahl der vom MDK durchgeführten Krankenhaus-Abrechnungsprüfungen um mehr als ein Drittel gestiegen. Insbesondere Prüfungen der primären und sekundären Fehlbelegung sind weit verbreitet, aber auch Diagnosen und Prozeduren – in zunehmenden Umfang Komplexcodes – werden vom MDK oft hinterfragt. Auch die Zahl der Gerichtsverfahren vor den Sozialgerichten steigt, da die Krankenhäuser von ungerechtfertigten Rechnungskürzungen ausgehen und bei zweideutigen Kodier-Regelungen auf ihrer Aus- und Rechnungslegung bestehen.

Die Abrechnungsprüfung hat eine große finanzielle Bedeutung für Krankenhäuser und Krankenkassen. Vom MDK wurden 2018 knapp 2,6 Mio. Fälle geprüft und bei etwa jedem zweiten geprüften Fall eine Rechnungskürzung empfohlen (MDK 2019). Im Ergebnis wurden von den Krankenkassen 2018 rund 3 Mrd. € von den Krankenhäusern zurückgefordert (Ärzteblatt 2019). Demgegenüber standen Aufwandspauschalen für MDK-Prüfungen ohne Rechnungskürzung von insgesamt etwa 400 Mio. €. Diese finanziellen Implikationen zeigen auf, dass die aktuellen Abrechnungsbestimmungen offenbar einen großen Interpretationsspielraum bieten, der einen großen Kontrollbedarf und -aufwand nach sich zieht. Da bislang kein „Deckeneffekt“ im Sinne von abnehmenden Erfolgsquoten bei steigenden Prüfquoten verzeichnet wird und die Krankenkassen dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet sind, ist es durchaus rational, möglichst viele Fälle prüfen zu lassen. Ohne eine neue rechtliche Regelung des MDK-Abrechnungsprüfungssystems wird diese Ausgangskonstellation zu einem weiteren Anstieg der MDK-Prüfungen führen – losgelöst vom Anstieg der Fallzahl und damit Prüffälle durch die demografische Entwicklung. Zudem sind durch die künftige Vergütung der Pflegepersonalkosten über Tagessätze zusätzliche neue Prüfanlässe absehbar.

Durch die erhebliche Zunahme der Prüfverfahren, hat sich die administrative Belastung der Krankenhäuser, der MDK und der Sozialgerichte erheblich erhöht. Angesichts des kaum verfügbaren Fachpersonals erscheint sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch der MDK die personelle Belastungsgrenze erreicht. Außerdem ist fraglich, ob dieser Kontrollaufwand überhaupt noch im erwünschten Rahmen ist bzw. ob nicht effizientere Möglichkeiten zur Abrechnungskontrolle bestehen. Richtig ist, dass Krankenkassen Abrechnungen von Leistungserbringern kontrollieren müssen. Dennoch sind Kosten für den Kontrollaufwand von ca. 0,8 Mrd. €<sup>1</sup> nicht unerheblich. Anscheinend provoziert die aktuelle Ausgestaltung des Diagnosis Related Groups (DRG)-Systems und des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)<sup>2</sup> an zahlreichen Stellen abweichende Bewertungen und damit Prüfungen sowie Gerichtsverfahren. Sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch des MDK werden viele Fachkräfte gebunden, die auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens gebraucht würden. Gerade das klinische Personal wird durch hohe administrative Tätigkeitsanteile frustriert und die ohnehin knappe Zeit für ihre Patienten vermindert. Der administrative Aufwand der Abrechnungsprüfung sollte vor

---

<sup>1</sup> S. Kapitel 2.

<sup>2</sup> In diesem Gutachten wird im Folgenden primär vom DRG-System gesprochen. Die Ausführungen gelten – soweit anwendbar – auch für das PEPP-System (abgesehen von DRG-Spezifika wie z.B. die UGVD).

diesem Hintergrund reduziert werden. Idealerweise gelingt es durch eine Neuorganisation der MDK-Prüfungen, das System effektiver und effizienter zu gestalten.

Ziel dieses Gutachtens ist es, Reformvorschläge zu entwickeln, die zeitnah den Aufwand der MDK-Prüfungen begrenzen, die Effektivität des Prüfsystems erhöhen, Konflikte zwischen Krankenhäusern, MDK und Krankenkassen abbauen und eine ausgewogene Lösung vor dem Hintergrund unterschiedlicher Interessenslagen darstellen. Um Vorschläge für die Reform der MDK-Prüfungen zu entwickeln, gehen wir folgendermaßen vor.

Das Projekt wurde im Zeitraum Februar bis Juli 2019 durchgeführt. Zu Projektbeginn führten wir eine Literaturrecherche durch, um die relevanten Grundlagen zu erarbeiten (Kapitel 2) sowie die Positionen und Reformvorschläge der verschiedenen gesundheitspolitischen Akteure zu identifizieren. Im Anschluss haben wir die bestehenden Vorschläge systematisiert und Interviewleitfäden für Krankenhäuser, Krankenkassen, MDK und weitere Verbände vorbereitet. Insgesamt haben wir Interviews mit 30 Gesprächspartnern geführt, um ein umfassendes Problemverständnis zu gewinnen, Verbesserungsvorschläge zu generieren und Bewertungen bestehender Reformvorschläge einzuholen (Kapitel 3). Diese Interviews fanden zwischen März und Anfang Mai 2019 entweder persönlich oder telefonisch sowie im Einzelgespräch oder im Rahmen eines Workshops mit mehreren Teilnehmern statt. Nach Abschluss der Interviews und Kondensierung der Ergebnisse entwickelten wir eigene Vorschläge für eine Reform der MDK-Prüfungen (Kapitel 4). Mit einem kurzen Fazit schließen wir das Gutachten ab (Kapitel 5).

## 2 Hintergrund

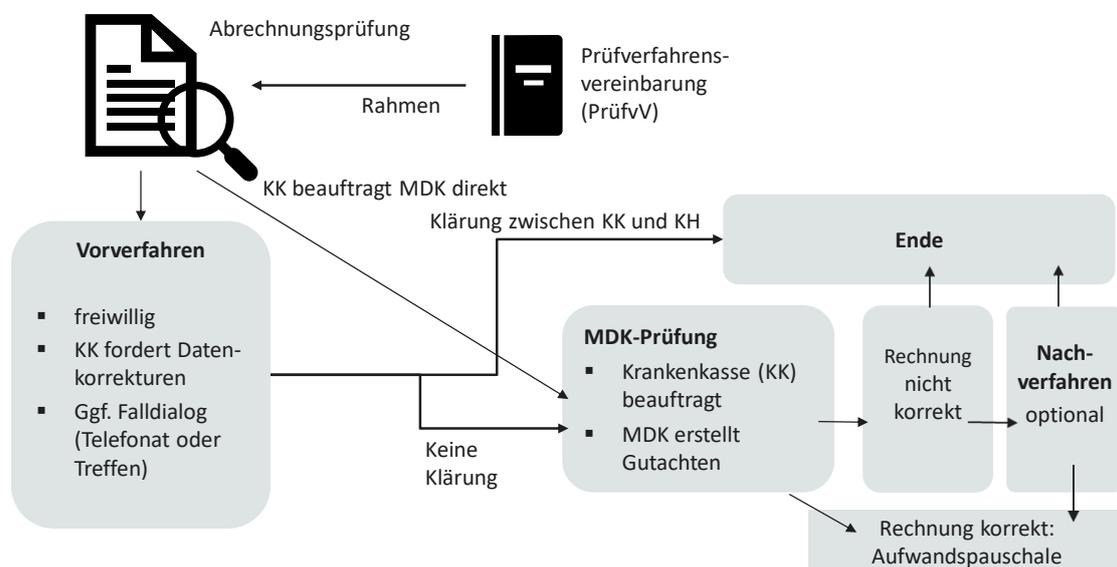
Zugelassene Krankenhäuser und Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag erhalten durch die stationäre Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten einen Anspruch auf Vergütung ihrer Leistungen durch die jeweiligen Krankenversicherungen der Patienten. Die Grundlage der Krankenhausabrechnung bildet das DRG-System, in dem stationäre Behandlungsfälle mittels einer Fallpauschale vergütet werden. Die Zuordnung zu einer DRG erfolgt u.a. anhand von Haupt- und Nebendiagnosen sowie der kodierten Operationen oder medizinischer Maßnahmen. Basierend auf der Eingruppierung der Fälle in die jeweiligen DRG wird von den Krankenhäusern den Krankenkassen eine entsprechende Rechnung gestellt. Um eine hinreichende Kosteneffizienz des Gesundheitssystems zu gewährleisten, sind diese Ansprüche der Krankenhäuser jedoch an ein in SGB V §12 Absatz 1 gesetzlich formuliertes Gebot der Wirtschaftlichkeit gebunden. Die erbrachten Leistungen eines Krankenhauses müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die diesem Grundsatz nicht entsprechen, dürfen von den Krankenhäusern nicht angeboten und von den Krankenkassen nicht vergütet werden.

Krankenkassen nutzen in der Regel elektronische Prüffregelwerke, um auf Basis der Abrechnungsdaten der Krankenhäuser auffällige Rechnungen zur weiteren Prüfung zu identifizieren. Bei Auffälligkeiten, die nicht im Rahmen eines freiwilligen Vorverfahrens geklärt werden können, sind die Krankenkassen dazu verpflichtet gemäß SGB V §275 Absatz 1 eine Einzelfallprüfung durch den MDK zu beauftragen, um dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu entsprechen. In seinen Einzelfallprüfungen prüft der MDK die Notwendigkeit, die Dauer sowie die korrekte Kodierung der Diagnosen und Prozeduren und die daraus resultierende Vergütungshöhe. In der aktuellen

Prüfpraxis beziehen sich die MDK-Prüfungen primär auf die Notwendigkeit der stationären Leistungserbringung (primäre Fehlbelegung), die Verweildauer (sekundäre Fehlbelegung) und die Dokumentationsqualität von Diagnosen und Prozeduren. Zudem wird auch das Vorliegen von strukturellen Merkmalen überprüft. Weitere Prüfgründe betreffen z.B. Fallsplits und Verlegungen.

Der Rahmen der Abrechnungsprüfung im Krankenhaus ist durch die Selbstverwaltungspartner, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV), in einer Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) geregelt. Diese enthält Regelungen zum Verfahren vor der Beauftragung des MDK, zur Beauftragung des MDK, zum freiwilligen Nachverfahren sowie die zugehörigen Fristen. Das Verfahren der Abrechnungsprüfung ist in Abbildung 1 vereinfacht dargestellt.

**Abbildung 1: Verfahren der Abrechnungsprüfung**



Entsprechend der PrüfvV können eine Krankenkasse und ein Krankenhaus im Rahmen eines freiwilligen Vorverfahrens offene Fragen eines abgerechneten Falls klären. Im Vorverfahren ist ein Falldialog beider Parteien möglich, in dem Auffälligkeiten ohne die Beauftragung des MDK ausgeräumt werden können. In einem freiwilligen Vorverfahren kontaktiert die Krankenkasse das Krankenhaus und fordert Datenkorrekturen, um identifizierte Auffälligkeiten nachvollziehen zu können. Der Falldialog kann in Form eines Treffens oder Telefonates stattfinden. Falls eine Klärung herbeigeführt werden kann, ist die Abrechnungsprüfung abgeschlossen. Üblicherweise wird jedoch von den Krankenkassen der MDK mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt – auch weil die Krankenhäuser oft nur eine eingeschränkte Bereitschaft zeigen, Rechnungen bei Auffälligkeiten, die nicht durch ein entsprechendes MDK-Gutachten belegt werden, nach unten zu korrigieren.

Der MDK prüft basierend auf dem Auftrag der Krankenkasse die Voraussetzungen, Art und Umfang der erbrachten Leistung im Hinblick auf Indikation und korrekte Dokumentation. Aktueller Schwerpunkt der MDK-Prüfungen liegt auf der Fehlbelegungsprüfung. Diese umfasst die primäre Fehlbelegung (grundsätzliche Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts) und die sekundäre Fehlbelegung (Dauer des stationären Aufenthalts). Z.B. ist beim MDK Nordrhein die primäre

Fehlbelegung für ca. 14% und die sekundäre Fehlbelegung für 43% aller Abrechnungsprüfungen verantwortlich. Zudem werden Haupt-, Nebendiagnosen sowie erlösrelevante Prozeduren in ca. einem Drittel der MDK-Prüfungen überprüft. Auch die Überprüfung von Krankenhausstrukturen hat eine wachsende Bedeutung.<sup>3</sup>

Wenn das MDK-Gutachten die korrekte Abrechnung bestätigt, muss die Krankenkasse eine Aufwandspauschale von 300 € an das Krankenhaus zahlen. Kommt der MDK in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass eine Abrechnung zu hoch ist, kann die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus eine Rückforderung stellen. Kommt das Krankenhaus dieser Forderung nicht nach, kann der Anspruch der Krankenkasse mit anderen offenen Rechnungen aufgerechnet werden. Bleibt die Abrechnung auch nach der Prüfung durch den MDK strittig, besteht die Möglichkeit eines freiwilligen Nachverfahrens, indem strittige Punkte geklärt werden können. Bleibt das Nachverfahren ungenutzt oder liefert es keine Einigung, kann ein Krankenhaus Klage vor einem Sozialgericht einreichen. Grundsätzlich ist auch ein Vergleich zwischen Krankenkasse und Krankenhaus möglich. Dabei einigen sich die Akteure darauf, den strittigen Erstattungsanspruch aufzuteilen, um eine langwierige Klage vor einem Sozialgericht zu vermeiden oder zu beenden.

Zuletzt wurden teilweise auch individuelle Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossen, durch die eine pauschale Rechnungskürzungen festgelegt wurde, um als Gegenleistung auf Abrechnungsprüfungen gänzlich zu verzichten. Zwar konnte dadurch der Prüfaufwand reduziert werden, allerdings hält der Bundesrechnungshof diese Art der Vereinbarungen für rechtswidrig, weil gesetzlich vorgeschriebene Prüfpflichten unterbleiben (Bundesrechnungshof 2019). Außerdem wird durch ein Pauschalverfahren die Anreizkompatibilität des Systems aufgegeben. Eine korrekte Abrechnung kann nicht mehr gewährleistet werden und eine hinreichende Qualität der DRG-Routinedaten ist nicht mehr sichergestellt.

Die MDK-Abrechnungsprüfung hat in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Von 2008 bis 2018 ist die Anzahl von Krankenhaus-Abrechnungsprüfungen durch den MDK von 1,2 Mio. auf 2,6 Mio. angestiegen. Bei etwa jedem zweiten geprüften Fall wurde im Jahr 2018 eine Rechnungskürzung empfohlen (MDK 2019). Damit sind erhebliche finanzielle Implikationen verbunden. Im Jahr 2018 wurden von den Krankenkassen rund 3 Mrd. € aufgrund fehlerhafter Abrechnungen von den Krankenhäusern zurückgefordert (Ärzteblatt 2019). Demgegenüber standen Aufwandspauschalen für MDK-Prüfungen ohne Rechnungskürzung von insgesamt etwa 400 Mio. €. Durch die erhebliche Zunahme der Prüfverfahren, hat sich die administrative Belastung der Krankenhäuser, der MDK und der Sozialgerichte erheblich erhöht.

Die Kosten der Abrechnungsprüfungen sind in Abbildung 2 abgeschätzt. Wird davon ausgegangen, dass beim MDK durchschnittlich eine halbe Gutachterstunde pro Prüfung notwendig ist (Bundesrechnungshof 2019), belaufen sich die Betriebskosten beim MDK bei 2,6 Mio. Prüfungen (MDK 2019) auf ca. 200 Mio. € pro Jahr. Bei den Krankenkassen wird jeder Fall auf Auffälligkeiten geprüft. Bei angenommenen mittleren Verwaltungskosten von 17 € pro Fall ergeben sich 330 Mio. € jährliche Kosten für die Krankenkassen (Bundesrechnungshof 2019). Wird außerdem unterstellt, dass den Krankenhäusern pro Fall Kosten in Höhe der ursprünglichen Aufwandspauschale von 100 € entstehen, ergeben sich weitere 260 Mio. € zusätzliche Kosten auf Seiten der

---

<sup>3</sup> Die Anteile basieren auf einer Auswertung des MDK Nordrhein im Jahr 2018 und können im Bundesdurchschnitt abweichen (MDK Nordrhein 2019).

**Abbildung 2: Kosten und Effekt der Abrechnungsprüfung**

| Kosten der Abrechnungsprüfung pro Jahr  | Nutzen der Abrechnungsprüfung   |
|---|---|
| <p><b>Betriebskosten des MDK</b><br/>Annahme: halbe Gutachterstunde je Fall nötig = 75 €<br/>Anzahl: 2,6 Mio. Prüfungen<br/>Kosten: ca. <b>200 Mio. €</b></p>   | <p><b>Fehlanreizen bei Rechnungsstellung entgegenwirken</b></p> <p><b>Überhöhte Abrechnungen korrigieren</b></p> <p>Im Jahr 2018 gab es geschätzte Rückforderungen von <b>3 Mrd. € (abzgl. 400 Mio. € gezahlter Aufwandspauschalen)</b></p> |
| <p><b>Kosten der KK</b><br/>Annahme: 17 € je Fall (mittlere Verwaltungskosten)<br/>Anzahl: Alle 19,5 Mio. Krankenhausfälle werden geprüft<br/>Kosten: ca. ca. <b>330 Mio. €</b></p>   |   |
| <p><b>Kosten der KH</b><br/>Annahme: Aufwand für eine Prüfung = frühere Aufwandspauschale 100 €<br/>Anzahl: 2,6 Mio. Prüfungen<br/>Kosten: ca. <b>260 Mio. €</b> und Abzug Personal aus Patientenversorgung und reduzierte Arbeitsplatz-Attraktivität</p> |   |

Quellen: Statistisches Bundesamt 2018, Bundesrechnungshof 2019b, MDK 2019, MDK Nordrhein 2019.

Krankenhäuser.<sup>4</sup> Insgesamt entstehen also geschätzte Kosten von bis zu 0,8 Mrd. € für die Prüfung von Krankenhausrechnungen. Die Prüfungen sind mit erheblichen Personalbedarf bei allen Akteuren verbunden und binden medizinische Ressourcen in administrativen Tätigkeiten, die auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens gebraucht werden. Angesichts des kaum verfügbaren Fachpersonals erscheint sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch der MDK die personelle Belastungsgrenze erreicht.

Ein Ende der steigenden Prüfquoten ist unter den aktuellen Rahmenbedingungen nicht absehbar. Für Krankenkassen ist es nicht nur gesetzlich geboten, die Prüfungen auszuweiten. Darüber hinaus sind zusätzliche Prüfungen für jede Kasse wirtschaftlich attraktiv, weil hierdurch die individuellen Ausgaben der Kasse reduziert werden. Solange die Erfolgsquoten der Prüfungen unverändert hoch bleiben und kein „Deckeneffekt“ beobachtet wird, bleibt eine Ausweitung der MDK-Prüfungen wirtschaftlich sinnvoll. Auf der anderen Seite besteht auch für Krankenhäuser ein Anreiz, innerhalb des DRG-Systems möglichst erlösorientiert zu kodieren und abzurechnen, um im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern bestehen zu können.

Eine Reformierung der Abrechnungsprüfung ist daher anzuraten, um die Qualität der Abrechnungen zu verbessern und gleichzeitig die Menge an Prüfungen zu reduzieren. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit sollte nicht nur in der medizinischen Behandlung berücksichtigt werden, sondern auch bei der Abrechnungsprüfung als zentrale Zielgröße von Reformansätzen Berücksichtigung finden. Hierzu sind Reformvorschläge zu entwickeln, welche die Effizienz und Effektivität der Abrechnungsprüfungen erhöhen können.

<sup>4</sup> Diese Annahme ist nicht unbedingt als konservativ einzuschätzen, da die Höhe der Aufwandspauschale auch mit der Intention einer Prüfungsbegrenzung festgelegt wurde und vorher niedriger lag.

### 3 Reformvorschläge und deren Bewertung durch Gesprächspartner

#### 3.1. Übersicht zu Reformvorschlägen

In der Literatur liegen bereits zahlreiche Vorschläge von relevanten Institutionen und Fachverbänden vor. Beispielsweise sind der GKV-SV, die DKG, der Bundesrechnungshof und die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) mit eigenen Ideen an die (Fach-)Öffentlichkeit gegangen.<sup>5</sup> Darüber hinaus wurden von weiteren Akteuren einzelne Vorschläge kommuniziert, z.B. die Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser, der MDK Sachsen, der Berufsverband der Deutschen Internisten (BDI), der BKK Dachverband, das Landessozialgericht NRW und weitere Autoren.<sup>6</sup> Die Maßnahmenvorschläge haben wir vier Kategorien zugeordnet. Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Maßnahmen erfolgt in Abschnitt 3.2 bei der Bewertung durch die Akteure.

1. Reduktion des Prüfaufwands: Hierunter fallen Maßnahmen, welche die Anzahl der Prüfungen verringern können. Hierzu zählen Stichprobenverfahren, prospektive Strukturprüfungen oder ein pauschaler Vergütungsabschlag im Gegenzug für einen Verzicht auf MDK-Prüfungen. Außerdem können alternative Vergütungsformen wie z.B. Regionalbudgets auch die Notwendigkeit einer Rechnungsprüfung durch die Krankenkassen entfallen lassen.
2. Schaffung von Anreizen zur korrekten Abrechnung: Hierzu zählen Maßnahmen, die Krankenhäuser entweder durch Belohnung oder Sanktion dazu motivieren, ihre Leistungen korrekt abzurechnen. Dies kann z.B. über ein „Scoringmodell“ realisiert werden, das Krankenhäuser nach ihrem Kodierverhalten als „unauffällige“ oder „auffällige“ Einrichtungen klassifiziert und entsprechend unterschiedlich behandelt. Auch eine Sanktionierung der Krankenhäuser für fehlerhafte Abrechnungen z.B. in Form einer symmetrischen Ausgestaltung der Aufwandspauschale stellt eine Option dar.
3. Reduktion des Fehlerpotenzials: Maßnahmen, welche zur Reduktion von potenziellen Fehlerquellen beitragen, fallen in diese Kategorie. An dieser Stelle ist eine Vereinfachung und Reduktion der Komplexität des DRG-Systems zu nennen, die über weniger Vergütungssplits und damit weniger potenzielle Konfliktpunkte verfügt. In diesem Kontext ist auch die Abschaffung von Vergütungssprüngen wie z.B. an der UGVD sowie bei Beatmungstunden zu erwägen. Überdies kann eine verbindliche bundesweite Klärung von Abrechnungsfragen durch eine Schiedsstelle Fehlerpotenziale reduzieren.
4. Optimierung des Prüfverfahrens: In dieser Kategorie werden Maßnahmen zusammengefasst, die zu effizienteren und effektiveren MDK-Prüfungen beitragen können. Ein verstärkter Einsatz von oft als effizienter betrachteten Vor-Ort-Prüfungen zählt hierzu, ebenso wie eine bundesweite Leitlinienkompetenz für den Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und eine größere Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen. Zu nennen ist außerdem die Einführung eines digitalen Datenaustauschs

---

<sup>5</sup> Siehe GKV-SV (2019), Raab und von Schroeders (2018), Mirza (2017) und DKG (2019).

<sup>6</sup> Siehe AKG (2019), Balling (2018), Thiele et al. (2018), BKK (2014), Philippi (2018), Schlingensiepen (2019) und BDI (2017).

zwischen MDK und Krankenhäusern. Die Aufrechnung von Forderungen und ein verbindlicher Einigungsversuch vor Einreichung einer Klage können die Sozialgerichte entlasten. Zudem können verschiedene Fristen der PrüfVv gestrafft werden oder Möglichkeiten zur Rechenkorrektur entfallen.

Neben den Rechercheergebnissen dienten Interviews mit 30 Gesprächspartnern aus Krankenhäusern, Krankenkassen, MDK und weiteren Verbänden zur Generierung weiterer Reformvorschläge. Die Kontakte fanden in Form von persönlichen oder telefonischen Interviews (insgesamt 17 Interviews) oder im Rahmen von Workshops statt. Wir haben jeweils einen Workshop mit Krankenhaus-Vertretern und ein Workshop mit Krankenkassen-Vertretern durchgeführt. Die Workshops waren inhaltlich identisch zu den Interviews aufgebaut, jedoch fand die Diskussion der einzelnen Fragen in Gruppen statt.

Zunächst haben wir uns aktuelle Probleme, die Prüfgründe, den Aufwand der Prüfungen, das Kodier- und Prüfungsverhalten und die Konflikte im Bereich der MDK-Abrechnungsprüfungen schildern lassen. Danach haben wir die Gesprächspartner nach möglichen Lösungen für die beschriebenen Probleme befragt und somit teilweise neue Reformideen generiert. Schließlich haben wir die Gesprächspartner mit den in der Literaturrecherche identifizierten Reformvorschlägen konfrontiert und um eine Bewertung der verschiedenen Maßnahmen gebeten. Die Ergebnisse der Interviews werden in Abschnitt 3.2 präsentiert.

Die acht Gesprächspartner der Krankenkassen sind mehrheitlich dem Ersatzkassenlager zuzuordnen. Ebenfalls wurde ein Vertreter einer AOK und ein Vertreter einer Betriebskrankenkasse interviewt. 17 Gesprächspartner aus Krankenhäusern kamen überwiegend aus mittelgroßen und großen kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäusern bzw. -verbänden. Auch haben wir mit drei Universitätskliniken und einem großen privaten Krankenhauskonzern gesprochen. Regionale Schwerpunkte lagen in Nordrhein-Westfalen und Bayern, aber auch aus dem Norden und Osten waren Einrichtungen vertreten. Darüber hinaus wurden drei MDK, eine Landkrankenhausgesellschaft und ein weiterer für die Thematik relevanter Verband interviewt.

Zuletzt hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Anfang Mai einen Referentenentwurf vorgelegt, der zugehörige leicht modifizierte Gesetzentwurf wurde Mitte Juli vom Kabinett beschlossen. Da der Referentenentwurf des „Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz) des BMG direkt nach Abschluss der Interviews veröffentlicht wurde, konnten seine Inhalte nicht in den Interviews thematisiert werden. Die Inhalte des Gesetzes mit Inkrafttreten zum 1.1.2020 werden im folgenden Exkurs zusammengefasst und dabei gemäß unserer verwendeten Systematisierung eingeordnet.

#### ***Exkurs: MDK-Reformgesetz des BMG***

Der vom BMG im Juli 2019 eingebrachte und vom Kabinett beschlossene Gesetzentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) sieht zahlreiche gesetzliche Veränderungen im Kontext der MDK-Abrechnungsprüfung vor (BMG 2019a und BMG 2019b). Die einzelnen Maßnahmen lassen sich ebenfalls entsprechend ihrer Wirkung den bestehenden Kategorien zuordnen.

### **Reduktion des Prüfaufwands**

Der Prüfaufwand soll über die Vorgabe maximaler Prüfquoten pro Quartal begrenzt werden. Für das Jahr 2020 wird eine maximale Prüfquote von zehn Prozent festgesetzt. Ab 2021 soll die maximale Prüfquote über ein Scoringmodell festgelegt werden. Die damit verbundenen Anreize zur korrekten Abrechnung werden im nächsten Abschnitt dargelegt. Außerdem soll der Prüfaufwand durch Strukturprüfungen reduziert werden. Krankenhäuser sollen in Zukunft die Einhaltung von Strukturmerkmalen, die für die Abrechnung der vom DIMDI<sup>7</sup> herausgegebenen OPS<sup>8</sup> notwendig sind, vom Medizinischen Dienst (MD) überprüfen lassen, um entsprechende Leistungen für einen vorgegebenen Zeitraum abrechnen zu können. Die Krankenhäuser erhalten eine Bescheinigung für das Prüfergebnis. Da die Strukturmerkmale der OPS-Kodes bislang oft im Zusammenhang mit Einzelfallprüfungen durch den MD geprüft wurden, kann damit die Anzahl der Prüfungen reduziert und die Unsicherheit des Krankenhauses bezüglich der Abrechenbarkeit beseitigt werden.

Darüber hinaus wird eine Einzelfallprüfung für die Abrechnung von Pflegetagen ausgeschlossen. Dadurch werden zusätzliche Prüfungen vermieden, die im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergütung entstehen würden. Die Pflegepersonalkosten eines Krankenhauses werden künftig im Rahmen von Selbstkostendeckung vollständig von den Kassen getragen. Unter den einzelnen Kassen werden die Kosten nach angefallenen Pflegetagen verteilt. Zweck einer Abrechnungskontrolle der tagesbezogenen Pflegeentgelte wäre daher diese Kostenverteilung zu verändern. Das Prüfverbot verhindert, dass die Krankenkassen in einen intensiven Prüfwettbewerb verfallen, der auf Ebene des Krankenhauses ohnehin zu keinen veränderten Erlösen führt.

### **Schaffung von Anreizen zur korrekten Abrechnung**

Das MDK-Reformgesetz sieht vor, das Interesse des einzelnen Krankenhauses an einer korrekten Abrechnung dadurch zu stärken, dass die Abrechnungsqualität die maximale Prüfquote bestimmt. Es handelt sich hierbei um eine Variante des Scoringmodells, das wir weiter unten vorstellen. Von Krankenhäusern, deren Anteil korrekter Abrechnungen unter den geprüften Fällen bei über 60% liegt, sollen maximal fünf Prozent der Fälle geprüft werden. Liegt der Anteil korrekter Abrechnungen zwischen 40% und 60%, beträgt die maximale Prüfquote 10%. Bei weniger als 40% korrekten Abrechnungen sollen 15% der Abrechnungen eines Krankenhauses geprüft werden können. Liegt der Anteil korrekter Abrechnungen unter 20% oder besteht ein Verdacht für systematische Falschabrechnungen, können sämtliche Fälle des Krankenhauses geprüft werden. Wenn die Prüfquote eines Krankenhauses von der jeweiligen Krankenkasse überschritten würde, muss der Medizinische Dienst eine eingeleitete Prüfung ablehnen. Da die Prüfquote in Bezug zum jeweils vorhergehenden Quartal steht, beeinflusst eine Veränderung in der Abrechnungsqualität die Prüfquote zeitnah.

Neben positiven Anreizen in Form niedriger Prüfquoten soll das Scoringmodell gleichzeitig auf negative Anreize mittels einer finanziellen Sanktionierung setzen. Krankenhäuser müssen aktuell nur die Differenz zwischen dem ursprünglichen und geminderten Abrechnungsbetrag an die Krankenkassen zurückerstatten. Künftig soll es abhängig von der Dokumentationsqualität der Einrichtung zu einer Sanktionierung kommen. Bei einem Anteil von korrekten Abrechnungen zwischen 40% und unter 60% beträgt der Aufschlag auf den Differenzbetrag 25%. Bei einem Anteil korrekter Abrechnungen unterhalb von 40% beträgt er 50%. Die maximale Sank-

tionierung ist jedoch auf 1.500 € pro Fall begrenzt. Falls der Anteil der korrekten Abrechnungen über 60% liegt, erfolgt kein Aufschlag. Diese negativen finanzielle Konsequenzen schaffen einen zusätzlichen Anreiz zur korrekten Abrechnung.

### **Reduktion des Fehlerpotenzials**

Die aktuellen MDK sollen künftig keine Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mehr sein, sondern unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ (MD) als eigenständige, föderal strukturierte Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert werden. Der MDS soll in Zukunft als Medizinischer Dienst Bund (MDB) bezeichnet und als Körperschaft des öffentlichen Rechts behandelt werden. Außerdem wird der MDB organisatorisch vom GKV-SV getrennt, um eine größere Neutralität herzustellen. Die einzelnen MD sind Mitglieder des MDB. Der MDB soll eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung und Zusammenarbeit der einzelnen MD koordinieren. Weiterhin übernimmt der MDB die Gestaltung von Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste. Durch die Neuorganisation soll u.a. eine bundesweit einheitliche Vorgehensweise der Medizinischen Dienste gefördert werden.

Um eine kontinuierliche Klärung von strittigen Kodierfragen zu gewährleisten, soll ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene durch den GKV-SV und die DKG gebildet werden. Der Schlichtungsausschuss trifft verbindliche Entscheidungen zu Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung. Die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses ist beim InEK<sup>9</sup> angesiedelt. Der Schlichtungsausschuss hat bei seinen Entscheidungen Stellungnahmen des InEK und des DIMDI zu berücksichtigen. Die Entscheidung des Ausschusses gilt verbindlich für alle Krankenhausabrechnungen, die nach dem Zeitpunkt der Entscheidung eingereicht werden und für solche, die bereits im Rahmen einer Überprüfung dem Medizinischen Dienst zur Begutachtung vorliegen. Auf diesem Weg werden strittige Abrechnungsfragen abgebaut und künftige Abrechnungsfehler durch klare Kodierempfehlungen reduziert.

Zusätzlich sollen der GKV-SV, die DKG und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ein Gutachten veranlassen, das den medizinischen Kenntnisstand im Bereich der ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen abbildet. Auf Basis dieses Gutachtens soll der Katalog für ambulante Operationen aktualisiert werden. Ambulant erbrachte Leistungen aus diesem Katalog sollen von einer MDK-Prüfung ausgeschlossen werden. Da eine Vielzahl der MDK-Prüfungen die stationäre Behandlungsbedürftigkeit (primäre Fehlbelegung) untersucht, wird in Kombination mit der Sanktionierung von überhöhten Abrechnungen der Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung verstärkt. Somit kann der Katalog zur Klärung der stationären Behandlungsbedürftigkeit beitragen und potenziell die Anzahl der Prüfungen reduzieren.

### **Optimierung des Prüfverfahrens**

Es soll Krankenhäusern künftig nicht mehr gestattet werden, eine Rechnungskorrektur durchzuführen – außer zur Umsetzung eines MDK-Gutachtens bzw. eines rechtskräftigen Urteils. Die bisherige Praxis von Krankenhäusern, ihre Rechnungen mehrfach zu korrigieren, wird somit

<sup>7</sup> Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

<sup>8</sup> Operationen- und Prozedurenschlüssel

<sup>9</sup> Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

unterbunden. Dadurch wird die Anzahl von Folgeprüfungen reduziert und auch Verfahren vor dem Sozialgericht beschleunigt. Gleichzeitig wird die Abrechnungsprüfung durch den MDK als fallabschließend gewertet – nachträgliche weitere Prüfungen eines Falls durch den MDK sollen nicht möglich sein.

Den Krankenkassen soll die Möglichkeit zur Aufrechnung entzogen werden. Die Aufrechnung ermöglicht den Krankenkassen durch Verrechnung mit unstrittigen Fällen eine sofortige Befriedigung ihrer Rückforderungsansprüche. Krankenkassen sollen bei fehlender Kooperationsbereitschaft des Krankenhauses künftig ihre Rückforderungen nur vor den Sozialgerichten einklagen können. Damit besteht die Gefahr, dass die Klagen vor den Sozialgerichten weiter zunehmen werden. Daher soll durch eine verpflichtende einzelfallbezogene Erörterung als Voraussetzung für die Einreichung einer Klage die Anzahl der Fälle vor den Sozialgerichten begrenzt werden.

Außerdem soll das Abrechnungs- und Prüfgeschehen in einer bundesweiten Statistik künftig transparent abgebildet werden. Die Statistik soll u.a. über die Prüfquoten, -anlässe und -ergebnisse berichten. Zudem soll der Datenaustausch zwischen Krankenhaus und Medizinischen Diensten künftig digital erfolgen. Die Details werden von der DKG und dem GKV-SV ausgehandelt. Es sollen ebenfalls Verfahrensvorgaben zu den Inhalten und Formaten der Datenübermittlung vereinbart werden, um eine sachgerechte und effiziente Prüfung durch den MDK zu ermöglichen.

### 3.2. Bewertung der Reformvorschläge durch Gesprächspartner

Alle Gesprächspartner verzeichnen eine spürbare Zunahme der MDK-Prüfungen in den vergangenen Jahren. Damit steigen die Rückforderungen der Krankenkassen. Für Krankenhäuser sind Rückforderungen von durchschnittlich 2-3% der Erlöse bei geringen Margen ein wirtschaftliches Problem. Zudem wird sowohl seitens der Krankenhäuser als auch seitens der Krankenkassen eine zunehmende Emotionalität und wachsendes Misstrauen zwischen den Akteuren festgestellt. Speziell die Krankenhäuser zweifeln an der Unabhängigkeit des MDK. Es wird zudem anerkannt, dass es in den eigenen Reihen sowohl Krankenhäuser als auch Krankenkassen gibt, die zuletzt Spielräume zu einseitig ausgenutzt haben. Letztlich haben im aktuellen System exzessiv prüfende Krankenkassen sowie auch schlecht kodierende Krankenhäuser „nichts zu befürchten“.

Die Ursachen der aktuellen Situation werden als vielschichtig wahrgenommen. Ein häufig genannter Punkt sind die vielen „Graubereiche“ der Kodierung. Aus Sicht vieler Befragten gibt es „kein eindeutiges richtig oder falsch“ bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen. Die SEG 4-Kodierempfehlungen sind nicht bindend und es findet keine bundesweite Klärung strittiger Kodierfragen statt – abgesehen von Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG). Letztere nehmen Krankenhäuser als einseitig zu Gunsten der Krankenkassen wahr und habe deren Position gestärkt und Krankenhäuser stark verunsichert. Viele Gesprächspartner sind zudem der Ansicht, dass Abrechnungsprüfungen sich zu einem Kostenmanagement-Instrument der Krankenkassen im Kassenwettbewerb entwickelt haben. Hierbei werden zwei Strategien erkannt: eine Qualitätsstrategie, die darauf abzielt, möglichst aussichtsreiche Fälle prüfen zu lassen, und eine Mengenstrategie, bei der über eine möglichst große Zahl von Prüfungen versucht wird, die Rückforderungen zu optimieren. Aktuell seien beide Strategien erfolgreich, da kein Deckeneffekt bei steigenden Prüfquoten beobachtet werde. Von Krankenkassen wird eine sehr unterschiedliche Kodierqualität der einzelnen Krankenhäuser wahrgenommen. Die Gesprächspartner können

sich jedoch nicht auf wenige Merkmale von unauffälligen oder auffälligen Krankenhäusern verständig. So werden ganz unterschiedliche Krankenhausmerkmale genannt, wie z.B. das Spektrum an Fachabteilungen, die Marktdichte, Art der Versorgungsstufe oder die Trägerschaft.

Die Befragten sind sich weitgehend einig, dass es für Krankenkassen im bestehenden System finanziell attraktiv ist, noch mehr Abrechnungen vom MDK prüfen zu lassen. Da die Rückzahlungen fast linear mit der Prüfquote ansteigen, können sich Krankenkassen durch viele Aufträge an den MDK wirtschaftliche Vorteile verschaffen. Gleichwohl wird gesehen, dass sowohl die MDK als auch die Krankenhäuser mit der zunehmenden Zahl der MDK-Prüfungen personell überfordert werden. Bei einzelnen MDK ist man aktuell bereits dazu übergegangen z.B. nur Textbaustein-Gutachten zu erstellen, falls im Ergebnis keine Rechnerkürzung empfohlen wird. Da die MDK ihr Personal nicht im gleichen Tempo wie der Anstieg der Prüfanfragen ausbauen können, könnte bald der Punkt erreicht sein, dass der MDK nicht mehr alle Anfragen bearbeiten kann und Prüffälle verfristen.

**Abbildung 3: Problemfelder der Abrechnungsprüfung**

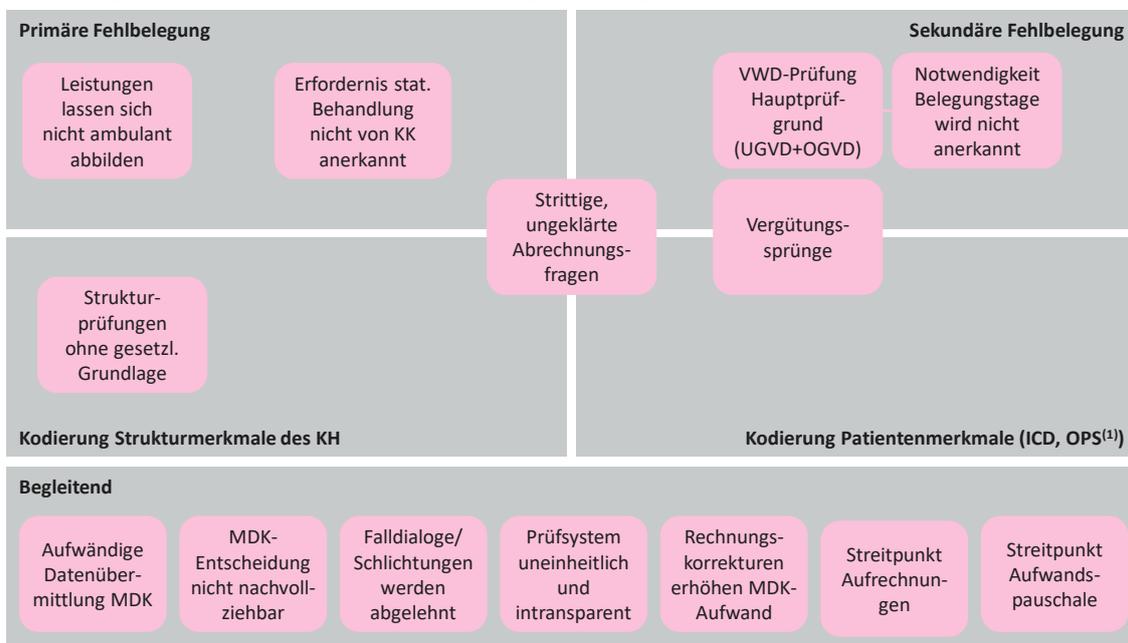


Abbildung 3 fasst die in den Interviews identifizierten Probleme der MDK-Prüfungen zusammen. Übergeordnet steht das Problem der zahlreichen im Detail ungeklärten Abrechnungsfragen, die einen Dissens zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen provozieren. In Bezug auf die primäre Fehlleistungsprüfung weisen Krankenhäuser darauf hin, dass nicht die örtlichen und patientenindividuellen Umstände einer stationären Behandlung ausreichend gewürdigt werden. Auch wird von Krankenhäusern auf eine fehlende Abbildbarkeit bestimmter Leistungen außerhalb des DRG-Systems hingewiesen. Hinsichtlich der sekundären Fehlleistung kommt insbesondere der UGVD eine besondere Bedeutung zu, weil sie zu deutlichen Vergütungssprüngen bzw. Rechnerkürzungen führen kann. Aber auch die obere Grenzverweildauer (OGVD) ist häufig Gegenstand von MDK-Prüfungen. Krankenhäuser bestreiten dabei die wirtschaftliche Vorteilhaftigkeit einer längeren Verweildauer. Vielmehr würde der patientenindividuelle Bedarf von den Krankenkassen bzw. dem MDK nicht anerkannt. Weitere Vergütungssprünge bestehen in

Abhängigkeit von OPS-Codes. Zuletzt nimmt die Bedeutung von Komplexcodes zu. Krankenkassen streben bei diesen Codes verstärkt eine retrospektive Prüfung an. Jedoch fehlt eine klare Rechtsgrundlage für diese Prüfung und die dafür verwendeten Checklisten sind regional unterschiedlich.

Darüber hinaus wurden zahlreiche Probleme genannt, welche die Prüfverfahren begleiten. Dies beginnt mit einem aufwändigen und nicht immer fehlerfreien analogen Datenaustausch mit dem MDK. Das Prüfsystem wird als uneinheitlich und intransparent wahrgenommen. Die Ergebnisse des MDK können öfters von den Krankenhäusern nicht nachvollzogen werden. Seitens der Krankenhäuser fehlt die Bereitschaft, Vorverfahren durchzuführen, während die Krankenkassen Nachverfahren ablehnen. Der MDK bemängelt den Mehraufwand, der durch Rechnungskorrekturen entsteht. Abschließend sind die Aufrechnung durch die Krankenkassen und die Fälligkeit von Aufwandspauschalen verbreitete Konfliktpunkte zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.

Im Rahmen der Interviews haben wir die in der Literatur identifizierten Reformvorschläge mit den Gesprächspartnern besprochen und um eine Bewertung gebeten. Aufgrund der Vielzahl von Vorschlägen wurden einzelne Ideen mit einer begrenzten Bedeutung für das Gesamtsystem als optional im Leitfaden gekennzeichnet. Die Gesprächspartner haben sich nur zu diesen Maßnahmen geäußert, wenn ihnen die jeweiligen Aspekte wichtig waren. Die in den Interviews neu aufgeworfenen Reformvorschläge sowie die Vorschläge des Referentenentwurfs des MDK-Reformgesetzes konnten aufgrund der zeitlichen Abfolge nicht in den Interviewleitfäden berücksichtigt und von den Gesprächspartnern bewertet werden. Die Bewertung der einzelnen Maßnahmen erfolgt innerhalb der vier oben genannten Maßnahmen-Kategorien.

### **Maßnahmen zur Reduktion des Prüfaufwands**

Strukturprüfungen werden sowohl von den Krankenkassen als auch den Krankenhäusern mehrheitlich befürwortet. Zu diesem Zweck sollte es klare und eindeutige Regelungen geben. Gegenüber den Einzelfallprüfungen könnte darüber der Prüfaufwand reduziert werden. Tendenziell gibt es eine Präferenz für eine prospektive Ausgestaltung der Strukturprüfungen. Wie beim „TÜV“ für den Pkw wird vorher geprüft, ob die Strukturvoraussetzungen vorhanden sind, sodass man die Leistungen in der Zukunft erbringen darf. Als Gültigkeitsdauer der Strukturprüfung wurden ein bis zwei Jahren vorgeschlagen. Die Krankenkassen wünschen sich eine Anzeigepflicht der Krankenhäuser bei strukturellen Änderungen. Im Falle eines Verstoßes sollten die betroffenen Krankenhäuser spürbar sanktioniert werden. Die Krankenhäuser wünschen hingegen kurzfristige Nachbesserungsmöglichkeiten, im Falle einer temporären Nicht-Erfüllung der Vorgaben.

Stichprobenprüfungen werden von Krankenkassen und Krankenhäusern überwiegend gemischt bewertet. Der grundsätzliche Vorteil eines damit erreichbaren begrenzten Prüfumfanges wird erkannt. Es gibt aber auch Bedenken zu verschiedenen Details der Ausgestaltung. Insbesondere Krankenhäuser mit aktuell niedrigen Prüfquoten befürchten einen größeren Prüfumfang als im Status quo. Zudem wird von den Krankenhäusern eine Unvorteilhaftigkeit der Hochrechnung und der daraus resultierenden Konflikte um jeden einzelnen Fall der Stichprobe als problematisch eingeschätzt. Die Krankenkassen haben Bedenken hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe im Hinblick auf die Abbildung seltener teurer Fälle und kassenindividuellen Nachteilen einer kollektiven Rückvergütung einer Hochrechnung.

Ein prospektiv vereinbarter pauschaler Abschlag auf die Krankenhausleistungen im Gegenzug für einen Verzicht auf MDK-Prüfungen wird sowohl von den Krankenhäusern als auch den Krankenkassen einheitlich abgelehnt, da jeweils zahlreiche Nachteile gesehen werden. Die „Polizei-Funktion“ des MDK würde entfallen und die Krankenhäuser könnten versuchen, den Abschlag durch bewusstes Upcoding zu kompensieren. Zudem würde die allgemeine Dokumentationsqualität sinken. Krankenhäuser lehnen überdies die Konnotation – quasi ein Eingeständnis von Upcoding – solcher Vereinbarungen ab.

### **Maßnahmen zur Schaffung von Anreizen zur korrekten Abrechnung**

Ein Scoringmodell wird von Krankenhäusern und Krankenkassen gemischt bewertet. Vom Grundsatz erscheint es interessant und sinnvoll, wenn Krankenhäuser mit guter Abrechnungsqualität entlastet würden und sich die Prüfungen verstärkt auf Einrichtungen mit einer schlechten Abrechnungsqualität konzentrierten. Auch ein exzessives Prüfverhalten einzelner Krankenkassen würde begrenzt, was die Krankenhäuser befürworten. Die konkrete Ausgestaltung im Detail ist jedoch für die Gesprächspartner entscheidend. Hierzu gibt es viele Bedenken: Auf welcher Datengrundlage wird das Scoring durchgeführt? Auf einer Stichprobe oder den bisherigen Prüfungen? Welche Parameter werden zur Differenzierung „guter“ und „schlechter“ Einrichtungen genutzt? Inwieweit lassen sich plausible Schwellenwerte finden? Sind die Krankenhäuser überhaupt ausreichend klar abgrenzbar? Neben diesen vielen Fragen, die mit einem Scoringmodell verbunden sind, sind manche Gesprächspartner zudem der Ansicht, dass die Krankenkassen bereits heute – abhängig von der Abrechnungsqualität – unterschiedlich intensiv prüfen.

Eine Sanktionierung der Krankenhäuser wird wenig überraschend von den Krankenhäusern klar abgelehnt, während die Krankenkassen die Idee befürworten. Die Kassen sehen in einer Sanktionierung der Krankenhäuser ein faires Gegenstück zur Aufwandspauschale. Die Sanktionierung sollte daher zumindest symmetrisch ausgestaltet sein. Noch besser fänden die Krankenkassen einen Verzicht der Aufwandspauschale bei gleichzeitiger Sanktionierung der Krankenhäuser. Die Krankenkassen erwarten jedoch vor allem einen stärkeren Anreiz zum Rightcoding bei den Krankenhäusern. Ebenfalls sollte das Interesse an Vorverfahren mit der Einführung einer Sanktionierung steigen. Die interviewten Kassen würden bei Verzicht auf eine Aufwandspauschale jedoch auch auf eine Sanktionierung von Krankenhäusern verzichten. Die Krankenhäuser lehnen die Sanktionierung aus folgenden Gründen ab: Die Sanktionierung vergrößert den Streitwert eines Falls und setzt damit Anreize zur weiteren Eskalation. Außerdem wird eine Falschabrechnung impliziert, was angesichts der zahlreichen „Graubereiche“ bei der Abrechnung inhaltlich nicht zutreffend ist.

### **Maßnahmen zur Reduktion des Fehlerpotenzials**

Eine Reduktion der Komplexität des DRG-Systems durch Verringerung der DRGs wird von mehreren Gesprächspartnern befürwortet – ein großer Teil ist hingegen mit der Präzision und der Differenzierung im aktuellen DRG-System sehr zufrieden. Die Befürworter einer „DRG-Reduktion“ verweisen darauf, dass mit weniger vergütungsrelevanten Merkmalen die Fehleranfälligkeit der Kodierung sinkt. Dagegen wird von anderen darauf hingewiesen, dass eine gröbere Klassifizierung mit weniger Fallgruppen die Leistungsgerechtigkeit verringert und die Vergütungssprünge vergrößert. Angesichts erheblicher Interpretationspielräume bei der OPS-Kodierung von Prozeduren sind sich die Befragten weitgehend einig, dass OPS-Codes sehr präzise zu definieren sind.

Bei der Abschaffung von Vergütungssprüngen lassen sich die Positionen von Krankenhäusern und Krankenkassen wieder klarer abgrenzen. Krankenhäuser und Krankenkassen stimmen zwar darin überein, dass Vergütungssprünge Anreize zum Erreichen der nächsthöheren Vergütung setzen. Die Lösung dieser Problematik wird jedoch unterschiedlich bewertet. Die Krankenhäuser befürworten eine Abschaffung der UGVD. Hierdurch würden Vergütungssprünge und der Anreiz, Kurzlager länger als erforderlich im Krankenhaus zu behalten, abgeschafft. Mit ihrer Abschaffung entfielen auf einen Schlag ein großer Teil der MDK-Prüfungen. Die Krankenkassen sind dem nicht komplett abgeneigt. Die Abschaffung dürfe jedoch keinesfalls zu einem dann insgesamt höheren Vergütungsniveau und einem größeren Vergütungsgefälle zur ambulanten Leistungserbringung führen. Ursprünglich wurde die UGVD eingeführt, um eine Überfinanzierung von Kurzlagerern zu verhindern. Daher wäre es letztlich kontraproduktiv, um die Ambulantisierung der Medizin voranzubringen. Sollte es jedoch gelingen, auf anderem Weg ambulant-sensitive Krankenhausfälle künftig ambulant zu erbringen, würde eine Abschaffung der UGVD nicht kategorisch ausgeschlossen. Eine Abschaffung weiterer Vergütungssprünge wie bei den Beatmungstunden wird eher kritisch gesehen. Zwar würden dadurch große Vergütungssprünge abgeschafft, jedoch entstünden durch viele kleinere Vergütungssprünge ein Einzelleistungsvergütungscharakter.

Sowohl Krankenhäuser als auch Krankenkassen befürworten einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene, der regelhaft strittige Abrechnungsfragen verbindlich klärt. Allerdings wird auf die Untätigkeit des bestehenden Schlichtungsausschusses hingewiesen. Sollte es gelingen, den Schlichtungsausschuss funktionsfähig auszugestalten, findet dies klaren Zuspruch bei unseren Gesprächspartnern.

### **Maßnahmen zur Optimierung des Prüfverfahrens**

Ein digitaler Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und dem MDK wird von allen Gesprächspartnern vorbehaltlos befürwortet. Seitens des MDK wird ein „elektronischer Postversand“ gewünscht, der nachträgliche Änderungen der Datenlieferung ausschließt. Zudem werden vom MDK Mindestanforderungen an die Strukturierung der Daten gefordert, um eine Überlastung mit bewusst nicht übersichtlich gehaltenen Datenlieferungen zu vermeiden.

Vor-Ort-Prüfungen ermöglichen oft eine effizientere Durchführung einer MDK-Prüfung, weil insgesamt mehr Fälle bearbeitet werden können. Darüber hinaus bieten sie weitere Vorteile. So besteht die Möglichkeit, dass Krankenhäuser und MDK gegenseitig voneinander zu lernen und dass bei Vor-Ort-Prüfungen in der Regel ein größerer Konsens erzielt werden kann. Dennoch sind die Gesprächspartner meist gegen einen generellen Anspruch von Krankenhäusern auf Vor-Ort-Prüfungen. Dagegen sprechen teilweise weite Anfahrtswege des MDK, eine fehlende verbindliche Regelung der Vor-Ort-Prüfung in der PrüfV sowie das Problem unzureichender Beweise im Falle eines anschließenden Rechtsstreits.

Ein verbindlicher Einigungsversuch vor Einreichung einer Klage beim Sozialgericht wird ambivalent bewertet. Grundsätzlich erscheint den Befragten die Vermeidung von Klagen richtig und klärende Gespräche positiv. Gleichzeitig weisen beide Seiten aber auf die fehlende Dialogbereitschaft im Vor- bzw. Nachverfahren hin. Es wird daher bezweifelt, ob durch die Verbindlichkeit eines Einigungsversuchs die Wahrscheinlichkeit zur außergerichtlichen Einigung erhöht wird, weil die Bereitschaft der Parteien hierdurch nicht grundlegend verändert wird.

Aufrechnungen sind ein Thema, bei dem zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen kein Konsens herzustellen ist. Die Krankenkassen befürworten selbstverständlich die Möglichkeit zur Aufrechnung. Würde ihnen diese Option genommen, müssten sie sich bei jeder fehlenden Erstattung von überbezahlten Rechnungen an die Sozialgerichte wenden. Dies würde zur kompletten Überforderung der Gerichte führen. Genauso selbstverständlich befürworten die Krankenhäuser die Abschaffung der Aufrechnung. Hierdurch wird insbesondere ihr Risiko kurzfristiger Liquiditätsprobleme verringert.

Abschließend gehen wir kurz auf die weiteren Vorschläge ein, die nur in wenigen Interviews angesprochen wurden. Zur Begrenzung des Prüfaufwands wurden von manchen Krankenhäusern maximale Prüfquoten als weitere Option genannt. Ebenfalls wurde vereinzelt die Abschaffung der OGDV vorgeschlagen, da die Verweildauerüberschreitung ohnehin für Krankenhäuser nicht lukrativ wäre. Alternativ schlugen einzelne Krankenhäuser vor, dass die Krankenkassen „sozial begründete“ Aufenthaltstage bei bestimmten vulnerablen Patientengruppen anerkennen und finanzieren sollten. Seitens mancher Krankenkassen wurde der Wunsch nach einer stärkeren Ambulantisierung von derzeit stationären Leistungen geäußert, wodurch primäre Fehlbelegungsprüfungen verringert werden könnten. Diesbezüglich befürworteten einzelne Krankenhäuser eine bessere Abbildung von Leistungen im ambulanten Vergütungssystem. Eine einzelne Kassenforderung bezieht sich auf die Verbesserung der Indikationsqualität der Krankenhäuser und eine Überarbeitung der Abrechnungen bei Verlegungen. Zur Reduktion des Fehlerpotenzials wird von einem Krankenhaus eine Vorabkostenzusage für stationäre Leistungen vorgeschlagen. Diese können einerseits primäre Fehlbelegungsprüfungen vermeiden. Andererseits steigt jedoch der Aufwand, weil erst jeder Fall vorab geprüft werden muss.

Zur Optimierung des Prüfverfahrens wird seitens mehrerer Krankenhäuser ein unabhängiger MDK befürwortet. Dagegen halten Krankenkassen und der MDK selbst den MDK für hinreichend unabhängig. Krankenhäuser wünschen sich zumindest ein zentrales Prüfverfahren, das unabhängig von den einzelnen Krankenkassen über das Ausmaß der Prüfungen entscheidet. Krankenkassen befürchten bei einem solchen zentralen Prüfverfahren dagegen, dass sich die Krankenhäuser strategisch auf die MDK-Prüfungen einstellen und eventuell unproblematische Bereiche („blinde Flecke“) der MDK-Prüfungen erkennen und ausnutzen könnten. Weitgehend einig sind sich Krankenhäuser und Krankenkassen, dass eine größere Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfverhalten hergestellt werden soll. Ein Krankenhaus äußerte den Wunsch nach Kodier-Audits, welche der Einrichtung eine Rückmeldung vom MDK zur Kodierqualität und Verbesserungsmöglichkeiten geben. Auch wünschen einzelne Krankenhäuser Zugang zu den vollständigen Gutachten des MDK, um Lerneffekte zu erzielen. Mehrere Krankenkassen fordern schließlich eine Begrenzung von Rechnungskorrekturen, weil diese zu einem Doppelaufwand auf Seiten des MDK führen.

## 4 Eigene Reformvorschläge

Wir haben drei Maßnahmenbündel, die jeweils aus mehreren Einzelmaßnahmen bestehen, entwickelt, welche die in Kapitel 2 dargestellten Probleme aufgreifen. Die Maßnahmenbündel werden in den Abschnitten 4.1.1 bis 4.1.3 dargestellt. Wir weisen darauf hin, dass die verschiedenen

Einzelmaßnahmen in den Abschnitten 4.2.1 bis 4.2.16 nur in der Gesamtheit des jeweiligen Maßnahmenbündels zu betrachten sind. Ein Herausgreifen einzelner Maßnahmen ist nicht vorgesehen, weil es die Balance der Vorschläge zerstören kann.

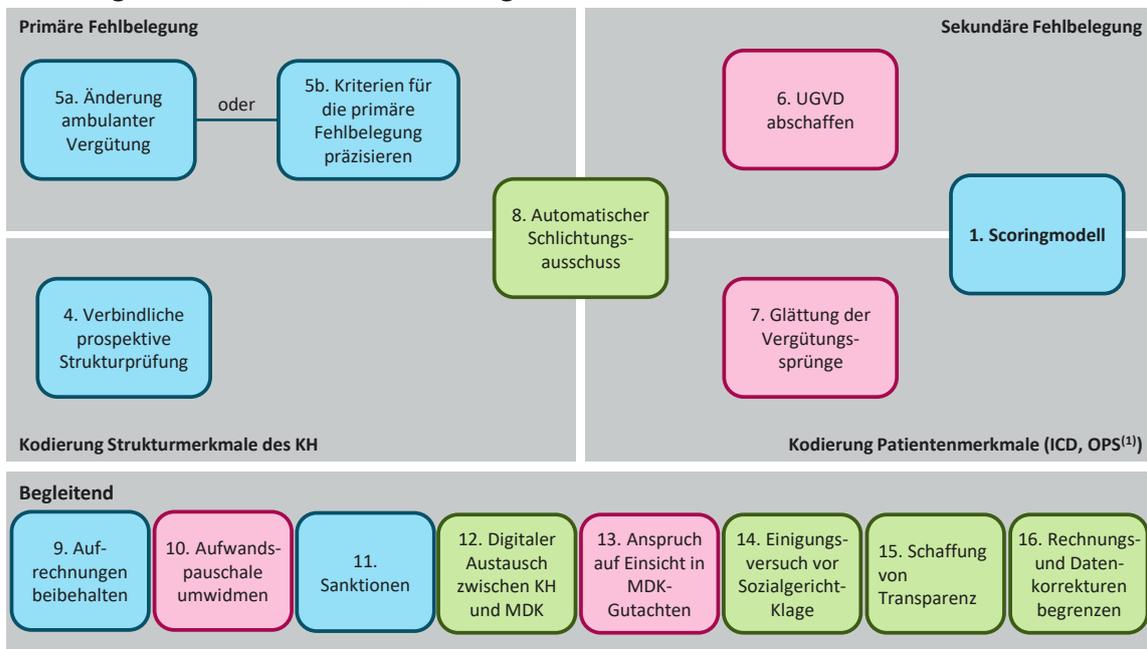
#### 4.1. Maßnahmenbündel

##### 4.1.1 Maßnahmenbündel Scoringmodell

Das Maßnahmenbündel „Scoringmodell“ setzt sich aus insgesamt 14 einzelnen Maßnahmen zusammen (Abbildung 4). Konkret sind dies:

1. Scoringmodell (Abschnitt 4.2.1)
2. Verbindliche prospektive Strukturprüfung (Abschnitt 4.2.4)
3. Änderung ambulanter Vergütung (Abschnitt 4.2.5)
4. Abschaffung der UGVD (Abschnitt 4.2.6)
5. Glättung von Vergütungssprüngen (Abschnitt 4.2.7)
6. Automatische Beauftragung des bundesweiten Schlichtungsausschusses (Abschnitt 4.2.8)
7. Aufrechnungen beibehalten (Abschnitt 4.2.9)
8. Aufwandspauschale umwidmen (Abschnitt 4.2.10)
9. Sanktionen (Abschnitt 4.2.11)
10. Digitaler Austausch zwischen Krankenhäusern und MDK (Abschnitt 4.2.12)
11. Anspruch der Krankenhäuser auf Einsicht in MDK-Gutachten (Abschnitt 4.2.13)
12. Einigungsversuch vor Klage beim Sozialgericht (Abschnitt 4.2.14)
13. Schaffung von Transparenz (Abschnitt 4.2.15)
14. Rechnungs- und Datenkorrekturen begrenzen (Abschnitt 4.2.16)

Abbildung 4: Maßnahmenbündel „Scoringmodell“



(1) Falls es sich nicht um Prüfgegenstände der Strukturprüfungen handelt. Bei den grün hinterlegten Maßnahmen handelt es sich um Instrumente, die vergleichbar zum MDK-Reformgesetz umgesetzt werden sollen, während

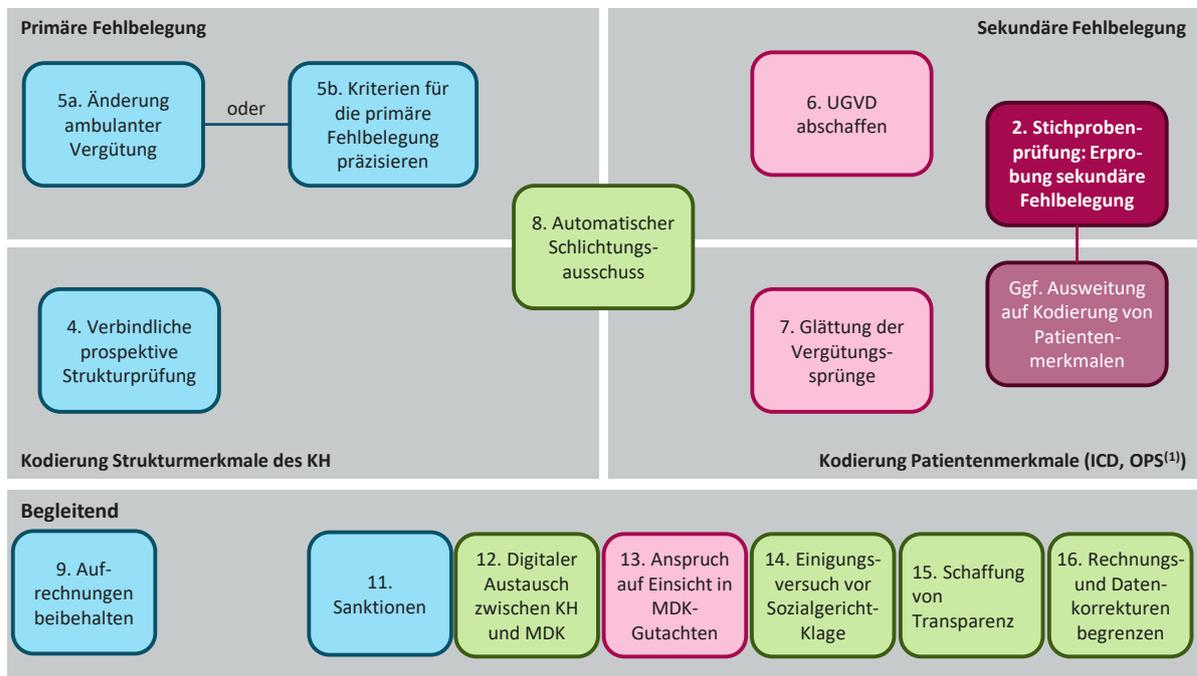
blau hinterlegte Felder als Ergänzung zum MDK-Reformgesetz anzusehen sind. Rot hinterlegte Elemente sind nicht im MDK-Reformgesetz enthalten.

#### 4.1.2 Maßnahmenbündel Stichprobenprüfung

Das Maßnahmenbündel „Stichprobenprüfung“ setzt sich aus insgesamt 13 einzelnen Maßnahmen zusammen (Abbildung 5). Konkret sind dies:

1. Stichprobenprüfung (Abschnitt 4.2.2)
2. Verbindliche prospektive Strukturprüfung (Abschnitt 4.2.4)
3. Änderung ambulanter Vergütung (Abschnitt 4.2.5)
4. Abschaffung der UGVD (Abschnitt 4.2.6)
5. Glättung von Vergütungssprüngen (Abschnitt 4.2.7)
6. Automatische Beauftragung des bundesweiten Schlichtungsausschusses (Abschnitt 4.2.8)
7. Aufrechnungen beibehalten (Abschnitt 4.2.9)
8. Sanktionen (Abschnitt 4.2.11)
9. Digitaler Austausch zwischen Krankenhäusern und MDK (Abschnitt 4.2.12)
10. Anspruch der Krankenhäuser auf Einsicht in MDK-Gutachten (Abschnitt 4.2.13)
11. Einigungsversuch vor Klage beim Sozialgericht (Abschnitt 4.2.14)
12. Schaffung von Transparenz (Abschnitt 4.2.15)
13. Rechnungs- und Datenkorrekturen begrenzen (Abschnitt 4.2.16)

Abbildung 5: Maßnahmenbündel „Stichprobenprüfung“



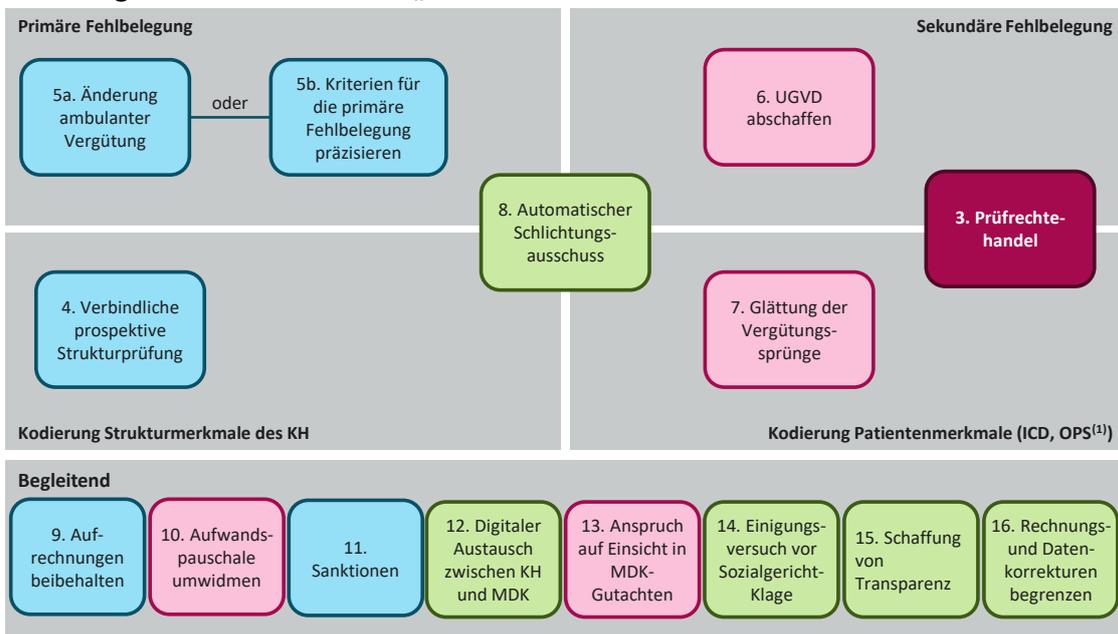
(1) Falls es sich nicht um Prüfgegenstände der Strukturprüfungen handelt. Bei den grün hinterlegten Maßnahmen handelt es sich um Instrumente, die vergleichbar zum MDK-Reformgesetz umgesetzt werden sollen, während blau hinterlegte Felder als Ergänzung zum MDK-Reformgesetz anzusehen sind. Rot hinterlegte Elemente sind nicht im MDK-Reformgesetz enthalten.

### 4.1.3 Maßnahmenbündel Prüfrechtehandel

Dieses Maßnahmenbündel deckt sich weitgehend mit dem Maßnahmenbündel „Scoringmodell“ (Abschnitt 4.1.1). Hier wird jedoch das Scoringmodell (Abschnitt 4.2.1) durch einen Prüfrechtehandel ersetzt. Konkret sind die zugehörigen Einzelmaßnahmen:

1. Prüfrechtehandel (Abschnitt 4.2.3)
2. Verbindliche prospektive Strukturprüfung (Abschnitt 4.2.4)
3. Änderung ambulanter Vergütung (Abschnitt 4.2.5)
4. Abschaffung der UGVD (Abschnitt 4.2.6)
5. Glättung von Vergütungssprüngen (Abschnitt 4.2.7)
6. Automatische Beauftragung des bundesweiten Schlichtungsausschusses (Abschnitt 4.2.8)
7. Aufrechnungen beibehalten (Abschnitt 4.2.9)
8. Aufwandspauschale umwidmen (Abschnitt 4.2.10)
9. Sanktionen (Abschnitt 4.2.11)
10. Digitaler Austausch zwischen Krankenhäusern und MDK (Abschnitt 4.2.12)
11. Anspruch der Krankenhäuser auf Einsicht in MDK-Gutachten (Abschnitt 4.2.13)
12. Einigungsversuch vor Klage beim Sozialgericht (Abschnitt 4.2.14)
13. Schaffung von Transparenz (Abschnitt 4.2.15)
14. Rechnungs- und Datenkorrekturen begrenzen (Abschnitt 4.2.16)

Abbildung 6: Maßnahmenbündel „Prüfrechtehandel“



(1) Falls es sich nicht um Prüfgegenstände der Strukturprüfungen handelt. Bei den grün hinterlegten Maßnahmen handelt es sich um Instrumente, die vergleichbar zum MDK-Reformgesetz umgesetzt werden sollen, während blau hinterlegte Felder als Ergänzung zum MDK-Reformgesetz anzusehen sind. Rot hinterlegte Elemente sind nicht im MDK-Reformgesetz enthalten.

## 4.2. Maßnahmen der Maßnahmenbündel

### 4.2.1 Scoringmodell

Mit dem Scoringmodell schlagen wir ein Verfahren vor, das an der bisherigen Prüfpraxis orientiert ist. Im Scoringmodell sind Einzelfallprüfungen weiterhin von zentraler Bedeutung – gleichzeitig werden sowohl auf Kassen- als auch auf Krankenseite Anreize zur zielgerichteten Prüfung und regelkonformen Abrechnung gesetzt. Der Grundgedanke des Scoringmodells institutionalisiert eine, zum Teil schon praktizierte, Facette der Abrechnungsprüfung: Krankenhäuser, die häufiger fehlerhaft abrechnen, werden häufiger geprüft. Ziel des Scoringmodells ist es, Prüfungen von Krankenhäusern, die häufig fehlerhaft abrechnen, für die Krankenkassen relativ günstiger zu machen und Prüfungen von Krankenhäusern, die im Großen und Ganzen korrekt abrechnen, für die Kassen zu verteuern. Ein solches Modell kann allerdings nur funktionieren, wenn MDK-Prüfungen bundesweit einheitlich durchgeführt werden, eine größere Transparenz über das Prüfgeschehen hergestellt wird und Abrechnungsvorgaben eindeutig festgelegt werden. Im derzeitigen System besteht hinsichtlich der Erfüllung von Kodiermerkmalen oder nötiger Verweildauer ein größerer Ermessensspielraum (s. Kapitel 2). Von daher ist die Einführung eines Scoringmodells zwingend mit den anderen unter 4.1.2 genannten Reformvorschlägen zu kombinieren.

Grundidee des Scoringmodells ist es, Krankenhäuser nach guter, neutraler und schlechter Abrechnungsqualität einzuordnen. Der „Score“ wird über die Abrechnungen aller Krankenkassen hinweg einheitlich erstellt und Krankenkassen müssen abhängig vom Scoring und aktueller Prüfquote pro MDK-Prüfung eine Zahlung an den MDK leisten. Die Zahlung für die Abrechnungsprüfung erfolgt pro geprüftem Fall, allerdings erfolgsunabhängig. Diese Zahlungen leisten einen Beitrag zur Finanzierung des MDK und ersetzen damit zum Teil das bisherige Umlageverfahren bei der Finanzierung des MDK. Dabei gilt: Je besser der Score eines Krankenhauses, desto höher sind die Kosten der Kasse für eine MDK-Prüfung. Entsprechend weniger wird bei einem Krankenhaus mit gutem Score geprüft. Ein solches System setzt den Anreiz für Krankenhäuser mit schlechtem Score ihre Kodierqualität zu verbessern, um künftige Prüfungen zu reduzieren.

Wir schlagen vor, den Score in zwei Stufen einzuführen. Als Berechnungsgrundlage für den erstmaligen Score der Stufe 1, der die Prüfkosten im Jahr 2020 determiniert, werden die Prüfquoten aus dem Jahr 2018 verwendet. Die Prüfquoten pro Krankenhaus im Jahr 2018 sind ein guter Indikator für die von den Krankenkassen erwartete Kodierqualität und können nicht mehr nachträglich verändert werden. Um Unterschiede in der Prüfquote zwischen Bundesländern auszugleichen, werden die Prüfquoten jedes Krankenhauses, um die durchschnittliche Prüfquote im jeweiligen Bundesland bereinigt. Anschließend werden diese bereinigten Prüfquoten sortiert und das Krankenhaus einem Score zugeordnet. Hierbei erhalten ein Drittel der Krankenhäuser den besten Score (grün), ein Drittel den mittleren Score (gelb) und ein Drittel den schlechten Score (rot).

In Abbildung 7 ist beispielhaft dargestellt, wie die Kosten der MDK-Prüfung vom Score im Jahr 2020 abhängen könnten. Wir nehmen sechs Prüfquotenintervalle an, beginnend vom Intervall, das die ersten 5% der geprüften Fälle beinhaltet, bis zum sechsten Intervall, das alle Fälle ab einer Prüfquote von über 25% beinhaltet. Für jede Prüfung entstehen der Krankenkasse Kosten

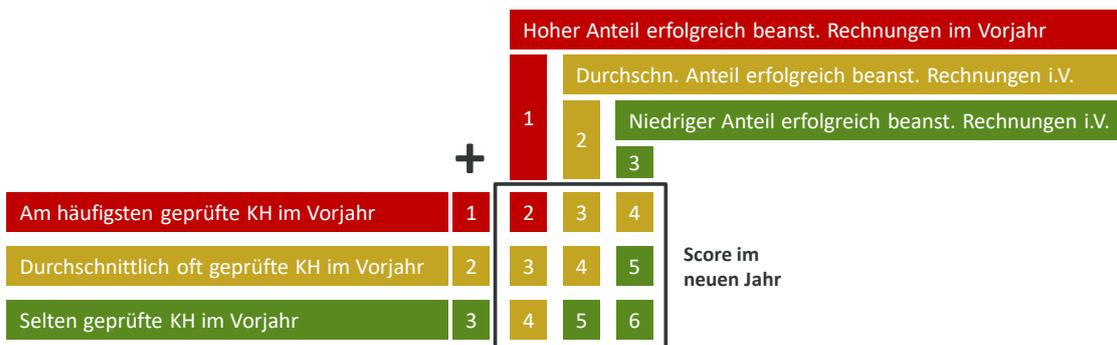
Abbildung 7: Beispiel für das Scoringmodell im Jahr 2020

|          |  | Prüfquote je Krankenhaus (KH) |       |        |        |        |       |
|----------|--|-------------------------------|-------|--------|--------|--------|-------|
|          |  | 1-5%                          | 5-10% | 10-15% | 15-20% | 20-25% | > 25% |
| Beispiel | Kosten je Abrechnungsprüfung 2020 nach Anzahl der zu prüfenden Fälle |                               |       |        |        |        |       |
|          | Am häufigsten geprüfte KH 2018                                       | 0 €                           | 0 €   | 0 €    | 250 €  | 500 €  | 750 € |
|          | Durchschnittlich oft geprüfte KH 2018                                | 0 €                           | 0 €   | 250 €  | 500 €  | 750 €  | 750 € |
|          | Selten geprüfte KH 2018  | 0 €                           | 250 € | 500 €  | 750 €  | 750 €  | 750 € |

von 0 € bis 750 €. Bei jeder Krankenkasse werden die Kosten pro Krankenhaus in Abhängigkeit von den bereits geprüften Fällen bestimmt. Für ein Grundniveau an Prüfungen entstehen den Krankenkassen keine Kosten. Die Prüfung eines Krankenhauses mit schlechtem Score ist erst ab einer kassenspezifischen Prüfquote von 15% mit Kosten für die Krankenkasse verbunden, während die Prüfung bei Krankenhäusern mit mittlerem Score schon nach 10% und bei Krankenhäusern mit gutem Score bereits nach 5% mit Kosten verbunden ist. Die Prüfung zweier im selben Krankenhaus gestellter Rechnungen kann somit für eine Krankenkasse, die bereits viel geprüft hat, mehr kosten, als für eine andere Krankenkasse, die wenig geprüft hat.

Im zweiten Jahr (Stufe 2), wird das Scoringmodell neben der Prüfhäufigkeit um den Prüferfolg als zweite Dimension erweitert. Ein Score, der ausschließlich auf der Prüfhäufigkeit beruht, könnte Krankenhäuser in einer Spirale aus konstant hoher Prüfquote und niedrigen Prüfkosten festhalten, obwohl sich die Kodierqualität des Krankenhauses verbessert hat. Daher wird der Anteil an erfolgreich beanstandeten Rechnungen hier als gleichwertiger zweiter Faktor neben der Prüfhäufigkeit eingeführt. Die Scores der Krankenhäuser bestimmen sich dann sowohl im Hinblick auf die Prüfhäufigkeit als auch im Hinblick auf die Erfolgsquote der MDK-Prüfungen. Hier gibt es jeweils einen Score von 1 (schlecht) bis 3 (gut). Der Gesamtscore bildet sich aus der Summe dieser beiden Einzelscores (s. Abbildung 8).

Abbildung 8: Berechnung des Scores im zweiten Jahr.



Ab dem zweiten Jahr werden Scores von 2 bis 6 vergeben. Den schlechtesten Score von 2 bekommen Krankenhäuser, die sowohl am häufigsten geprüft wurden als auch einen hohen Anteil an erfolgreich beanstandeten Rechnungen aufweisen. Die guten Scores 5 und 6 werden an Krankenhäuser vergeben, die in mindestens einer Dimension zu den Besten und in der anderen Dimension mindestens zur mittleren Gruppe gehören. Alle übrigen Krankenhäuser erhalten die mittleren Scores 3 und 4. Die Scores werden nun wieder für die Bestimmung der MDK-Prüfkosten verwendet (Abbildung 9).

**Abbildung 9: Kosten für Abrechnungsprüfung mit Scoring im zweiten Jahr.**

| Kosten je Abrechnungsprüfung nach Score | Prüfquote je KH |       |        |        |        |       |
|---|-----------------|-------|--------|--------|--------|-------|
|   | 1-5%            | 5-10% | 10-15% | 15-20% | 20-25% | > 25% |
| Score = 2                               | 0 €             | 0 €   | 0 €    | 250 €  | 500 €  | 750 € |
| Score = 3 oder 4                        | 0 €             | 0 €   | 250 €  | 500 €  | 750 €  | 750 € |
| Score = 5 oder 6                        | 0 €             | 250 € | 500 €  | 750 €  | 750 €  | 750 € |

In der beispielhaften Kalibrierung des Scoringmodells wird eine durchschnittliche Prüfquote von 15-20% angenommen, was in etwa der derzeitigen MDK-Prüfquote entspricht. Mittelfristig ist mit einer besseren Kodierqualität zu rechnen, nicht zuletzt da viele Unklarheiten (UGVD, Strukturprüfungen) im Zuge der zum Maßnahmenbündel zugehörigen einzelnen Maßnahmen beseitigt werden. Die verschiedenen Prüfquotenkategorien können entsprechend auch angepasst werden. Sollte entgegen unserer Erwartungen mittelfristig keine Verbesserung der Kodierqualität eintreten, könnten zusätzlich auch finanzielle Sanktionen für Krankenhäuser, die länger als ein Jahr im roten Bereich des Scorings liegen, leicht in ein Scoringmodell integriert werden.

**Exkurs: Fragen und Antworten zum Scoringmodell**

**Gibt es eine maximale Prüfquote für jedes Krankenhaus (wie im MDK-Reformgesetz)?**

Nein, eine maximale Prüfquote ist nicht vorgesehen. Theoretisch kann jeder Fall eines Krankenhauses geprüft werden, aber der gestaffelte Preis für die Prüfung wird immer teurer, je mehr Prüfungen anfallen. Es gibt somit einen Anreiz für Kassen, nicht exzessiv zu prüfen. Dennoch kommt es nicht zu dem Fehlanreiz einer maximalen Prüfquote, nämlich dass sich ein Krankenhaus ab Erreichen der maximalen Prüfquote darauf verlassen kann, keinen weiteren Prüfungen zu erfahren.

**Ist der Score für die Kassen kollektiv verbindlich?**

Ja, das Scoring ist für alle Kassen verbindlich. Die Prüfquote ist je Krankenhaus anteilig auf die Fallzahl jeder einzelnen Krankenkasse zu beziehen.

**Sind die Gebühren zusätzlich zur Aufwandspauschale zu zahlen?**

Nein, die (gestaffelten) Prüfungsgebühren sind für jede Einzelfallprüfung zu zahlen. Es entfällt die bisherige Aufwandspauschale (s. Abschnitt 4.2.10).

**Würden die Krankenkassen versuchen, ein Krankenhaus in den roten Bereich zu ziehen?**

Grundsätzlich wäre es denkbar, dass sich die Krankenkassen auf bestimmte auffällige Krankenhäuser „einschießen“. Allerdings werden auch bei auffälligen Krankenhäusern Fallprüfungen ab > 25% relativ teuer, sodass eine Prüfung sämtlicher Rechnungen nicht wahrscheinlich ist. Außerdem ist nicht unbedingt zu erwarten, dass es bei sehr unterschiedlichen Marktanteilen von einzelnen Krankenkassen in den Häusern zu systematischen Abstimmungen der

Krankenkassen untereinander kommt. Überdies hat das Krankenhaus über seine Dokumentationsqualität es weitgehend selbst in der Hand, seinen Score positiv zu beeinflussen.

***Lohnt es sich für das Krankenhaus, gut zu kodieren? Was ist der monetäre Anreiz, richtig zu kodieren?***

Der Vorteil für die Krankenhäuser besteht in der Aussicht einer niedrigeren Prüfquote, womit auch im Durchschnitt geringere Rückzahlungen an die Krankenkassen zu erwarten sind. Außerdem sind bei einem sinkenden Prüfungsvolumen die Verwaltungskosten des Krankenhauses geringer.

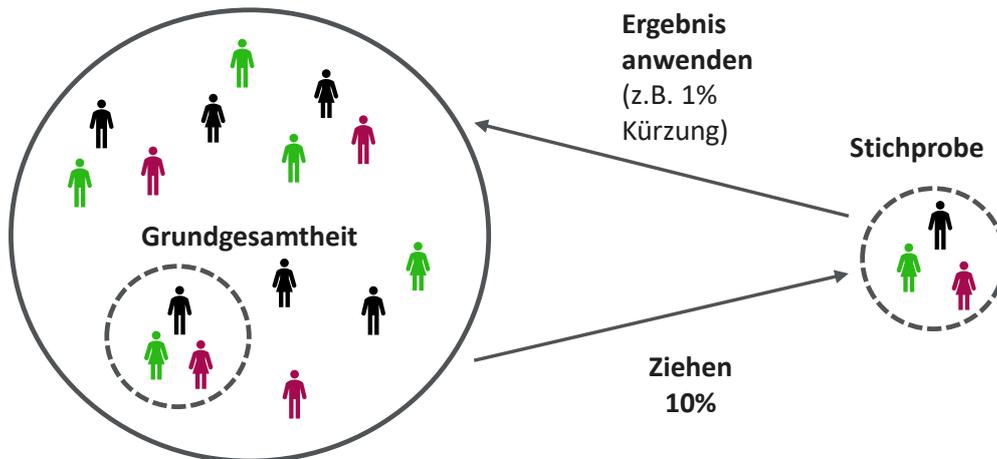
#### **4.2.2 Stichprobenprüfung**

Wie in Kapitel 2 ausgeführt, ist ein Hauptgrund für die zunehmende Beauftragung des MDK mit Abrechnungsprüfungen auf den bislang ausbleibenden „Deckeneffekt“ zurückzuführen. Die Krankenkassen erzielen auch bei steigenden Prüfquoten weiterhin ähnliche Erfolgsquoten – also im Ergebnis höhere Rückzahlungen. Dies gilt auch in Einrichtungen, die bereits Prüfquoten von über 15 oder 20% aufweisen. Entsprechend ist es für die einzelnen Krankenkassen finanziell aussichtsreich, immer mehr Abrechnungen zu prüfen. Aus diesem Grund empfiehlt sich als ressourcenschonende Alternative ein Stichprobenverfahren mit Hochrechnung auf die Grundgesamtheit aller Abrechnungen.

Ein solches Stichprobenverfahren stellt eine elegante Möglichkeit dar, um mit einem konstantem Prüfungsaufwand das Gesamtvolumen von überbezahlten Abrechnungen für ein Krankenhaus statistisch fundiert abzuschätzen. Aus der Grundgesamtheit, die aus allen Fällen eines Krankenhauses besteht, wird eine repräsentative Stichprobe gezogen, die Abrechnung dieser Fälle geprüft und ein Gesamtergebnis – in Form einer durchschnittlichen prozentualen Rückforderung – für die Stichprobe bestimmt. Weitere Einzelfallprüfungen werden explizit ausgeschlossen. Das für die Stichprobe ermittelte Rückforderungsvolumen wird anschließend auf die Grundgesamtheit aller Krankenhausfälle hochgerechnet – ähnlich wie man dies bei Wahlprognosen macht.

In der Regel sollte es für eine statistisch valide Hochrechnung ausreichen, zehn Prozent der Fälle eines Krankenhauses, mindestens jedoch etwa 1.000 Fälle, zu ziehen und zu überprüfen (Abbildung 10). Bei kleinen Krankenhäusern können also auch mehr als zehn Prozent der Fälle erforderlich sein. Ebenfalls kann in Abhängigkeit vom Leistungsspektrum eine größere oder kleinere Stichprobe nötig sein. Die Ziehung der Stichprobe ist bundesweit einheitlich und kann durch den MDK erfolgen. Um zu gewährleisten, dass die Krankenkassen über den MDK keine Steuerung oder Vorselektion der Stichprobe vornehmen, könnte die Stichprobenziehung auch von einem unabhängigen Institut, z.B. vom InEK, durchgeführt werden. Jedes Krankenhaus wird einmal im Jahr der Stichprobenprüfung unterzogen. Idealerweise erfolgt die Prüfung in mehreren Etappen (z.B. einmal pro Quartal), um den Aufwand der Krankenhäuser zeitlich besser zu verteilen. Die Ziehung der Stichprobe aus der Grundgesamtheit aller Fälle eines Krankenhauses erfolgt zufällig. Es findet eine Stichprobenschichtung statt, damit seltene (teurere) Fälle besser abgebildet werden. Die Repräsentativität einer Ziehung kann z.B. durch einen Abgleich des CMI der Grundgesamtheit mit der Stichprobe bewertet werden.

Abbildung 10: Stichprobenziehung und Hochrechnung



Im Gegensatz zu einer maximalen Prüfquote kann das Stichprobenverfahren den Aufwand begrenzen, ohne Fehlanreize zu setzen, da jeder Fall die gleiche Chance hat in die Stichprobe gezogen zu werden.<sup>10</sup> Beispielsweise könnte bei Vorgabe einer maximalen Prüfquote ein Krankenhaus, dessen maximale Prüfquote schon weitgehend ausgeschöpft ist, zum Jahresende erlösoptimierender kodieren. Auch haben die Krankenkassen bei Stichprobenprüfungen keinen direkten Einfluss darauf, welche und wie viele Fälle vom MDK geprüft werden. Entsprechend ist die MDK-Prüfung bei einem Stichprobenverfahren kein Instrument des Kassenwettbewerbs. Aus diesem Grund besteht eine gewisse Skepsis auf Kassenseite bzgl. dieses Instruments, weil es die kassenindividuellen Handlungsspielräume einschränkt. Umgekehrt haben die Krankenhäuser größere Befürchtungen hinsichtlich der finanziellen Konsequenzen einer Hochrechnung.

Deshalb und vor dem Hintergrund des Scheiterns des früheren Stichprobenverfahrens nach § 17c KHG kommt der konkreten Ausgestaltung der Stichprobenprüfung eine entscheidende Bedeutung zu. Um den Bedenken auf Krankenkassen- und Krankenseite Rechnung zu tragen, empfehlen wir, die verpflichtende Stichprobenziehung zunächst nur für sekundäre Fehlbelegungsprüfungen zu erproben. Die sekundäre Fehlbelegungsprüfung ist inhaltlich klar abgrenzbar und sie ist die häufigste Prüfungsform. Krankenkassen und Krankenhäuser können damit Erfahrungen mit der Stichprobenprüfung und der Hochrechnung sammeln. Bei positiven Erfahrungen kann die Stichprobenprüfung auch auf primäre Fehlbelegungsprüfungen sowie Kodierungsprüfungen von ICD- und OPS-Kodes ausgeweitet werden. Dies stellt einen behutsamen Einstieg in ein Stichprobenverfahren dar, der dennoch einen großen Teil der aktuellen MDK-Prüfungen abdecken und damit den Aufwand stark reduziert kann.

Generell sollen im Rahmen der Stichprobenprüfung sowohl erlössteigernde als auch -reduzierende Kodierungen berücksichtigt werden. Bei der sekundären Fehlbelegung ist dies jedoch nur eingeschränkt möglich, weil nur weitere Belegungstage erlössteigernd wirken.<sup>11</sup> Die Fälle, deren

<sup>10</sup> Bei einer geschichteten Stichprobe haben nicht alle Fälle die gleiche Ziehungswahrscheinlichkeit – innerhalb der Schichten ist aber die Wahrscheinlichkeit der Ziehung gleich.

<sup>11</sup> Wird vom Krankenhaus eine Verweildauer von X Tagen kodiert, kann der MDK zusätzliche Belegungstage nicht den Akten entnehmen.

Verweildauer deutlich über der UGVD liegt, sind für die Prüfung auf eine mögliche UGVD-Unterschreitung uninteressant. Dies betrifft den Großteil der Fälle.<sup>12</sup> Allerdings sieht unser Maßnahmenbündel eine Abschaffung der UGVD vor (Abschnitt 4.2.6). Dementsprechend würde dieser Prüfgrund im Rahmen des Stichprobenverfahrens entfallen. Es verbleibt die Prüfung auf Notwendigkeit der Überschreitung der OGVD. Hierfür sind alle Fälle unterhalb der OGVD für die Fehlbelegungsprüfung irrelevant. Dies sollte etwa 90% der gezogenen Fälle betreffen.<sup>13</sup> Daher sind nicht sämtliche Fälle der gezogenen Stichprobe, sondern innerhalb der Stichprobe nur bestimmte Fallkonstellationen, detailliert zu prüfen. Für die OGVD-Prüfung würden im Rahmen des Stichprobenverfahrens also durchschnittlich nur ca. 1% aller Fälle eines Krankenhauses bzw. ca. 10% der Stichprobe intensiver geprüft werden.<sup>14</sup> Dies ist deutlich weniger als aktuell.<sup>15</sup> Das Ergebnis dieser Prüfung wird anschließend auf die Grundgesamtheit hochgerechnet. Ergibt die Stichprobenprüfung für die Stichprobe eine Rückzahlungsquote von einem Prozent, würde dieses Ergebnis auf die Grundgesamtheit des Krankenhauses angewendet, d.h. alle Fälle des Krankenhauses werden dann um ein Prozent gemindert.

Die Stichprobenprüfung war bereits früher als Option für die MDK-Prüfung in § 17c KHG vorgesehen. Das Verfahren wurde jedoch nur vereinzelt durchgeführt (DKG 2005) und konnte sich aufgrund verschiedener wenig attraktiver Regelungen damals nicht durchsetzen. Die Gründe dafür waren vielfältig. Die Stichprobe war als freiwilliges Instrument, für Krankenhäuser und Krankenkassen nicht verpflichtend, vorgesehen. Insbesondere hätten sich die Krankenkassen bei jedem Krankenhaus untereinander auf die Prüfgründe für das Stichprobenverfahren einigen müssen. Darüber hinaus war die Stichprobenprüfung mit anderen Sachverhalten verknüpft. Da neben der Stichprobe weitere zusätzliche Einzelfallprüfungen durchgeführt werden konnten, wurde sie nicht als Instrument zur Entlastung von MDK-Prüfungen wahrgenommen.

Ebenfalls bewegten sich im Jahr 2005 die Prüfquoten noch auf einem deutlich niedrigeren Niveau als heute. Eine Stichprobengröße von 10% wirkte damals eher abschreckend. Ein weiteres Problem stellte die fehlende Definition einer Hochrechnung auf die Grundgesamtheit dar. Vielmehr hätte auf örtlicher Ebene eine pauschaliertes Ausgleichverfahren vereinbart werden müssen. Entsprechend war das Instrument aus Kassensicht finanziell nicht attraktiver als die Einzelfallprüfung. Auch die Sanktionierung von Krankenhäusern bei einer „grob fahrlässig“ zu hohen Abrechnung, konnte die Krankenhäuser nicht für dieses Verfahren motivieren. Zuletzt fiel die Einführung der Stichprobenprüfung noch mit der DRG-Einführung zeitlich zusammen, was die Unsicherheit für alle Beteiligten weiter erhöhte.

Diese früheren Probleme entfallen im Rahmen der Ausgestaltung des von uns vorgeschlagenen Stichprobenmodells vollständig bzw. weitgehend. Denn es ist bundesweit einheitlich und verpflichtend und nicht von der Motivation von Krankenhäusern oder Krankenkassen abhängig. Die

---

<sup>12</sup> Anhand der aggregierten Datenveröffentlichungen des InEK ist der Anteil von Patienten in „UGVD-Nähe“ nicht genau quantifizierbar. Deren Anteil könnte zwischen einem Viertel und einem Drittel aller Patienten liegen.

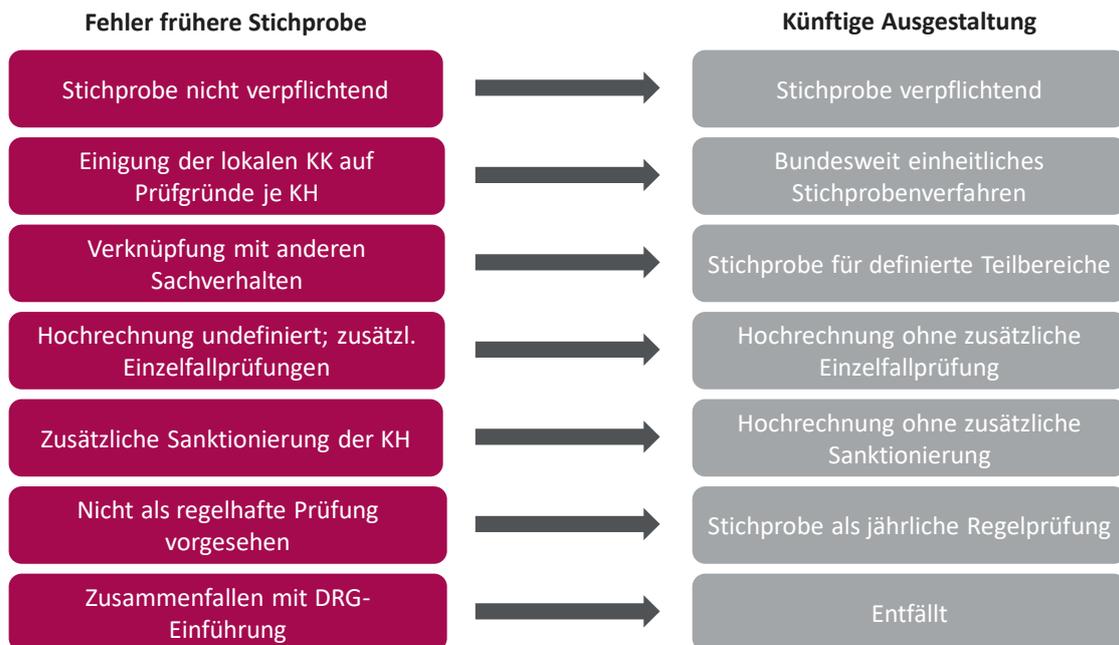
<sup>13</sup> Der (nicht-fallzahlgewichtete) Mittelwert des InEK-Groupers über alle Hauptabteilungs-DRG liegt bei knapp 10% von Langlieger-Patienten (InEK 2019).

<sup>14</sup> Bei einer 10% Stichprobe und einem Überlieger-Anteil von ca. 10% ergibt sich ein Prozent geprüfte Fälle.

<sup>15</sup> Bei einer aktuellen Prüfquote von ca. 15% und einem Anteil der OGVD-Prüfung an allen Fehlbelegungsprüfungen von ca. 20% werden drei Prozent aller Krankenhausesfälle geprüft.

Stichprobenprüfung wird jährlich durchzuführen. Die Prüfgründe des Stichprobenverfahrens werden klar benannt und für diese Bereiche die Einzelfallprüfungen ausgeschlossen. Explizit ist eine Hochrechnung der Ergebnisse der Stichprobe vorgesehen, aber keine Sanktionierung der Krankenhäuser. Abbildung 11 stellt die Gründe für das Scheitern früherer Stichprobenmodelle der von uns vorgeschlagenen Ausgestaltung gegenüber.

**Abbildung 11: Vergleich frühere mit hier vorgeschlagener Ausgestaltung der Stichprobenprüfung**



Zusammengefasst bietet die Stichprobeprüfung gegenüber der Einzelfallprüfung im Status quo die folgenden Vorteile:

- **Reduktion des Prüfaufwands:** Im Stichprobenverfahren werden 10%, in kleineren Krankenhäusern ggf. auch mehr Prozent aller Fälle untersucht. Im Vergleich mit den derzeitigen Prüfquoten von ca. 13-17% aller Fälle stellt die Stichprobe einen geringeren Aufwand dar. Im Einzelfall kann sich der Aufwand für Krankenhäuser, deren Prüfquote unterdurchschnittlich ist, allerdings erhöhen. Im Gesamtsystem ist jedoch von einer Reduktion des Prüfaufwands auszugehen.
- **Zeitliche Stabilität des Prüfaufwands:** Sowohl die Krankenhäuser als auch der MDK können sich im Stichprobenverfahren auf den zeitlichen Anfall des Prüfaufwands einstellen. Idealerweise wird die Stichprobe eines Krankenhauses an mehreren Zeitpunkten durchgeführt (z.B. jedes Quartal), um den Aufwand über das ganze Jahr zu verteilen.
- **Gebündelte Konfliktklärung und Entlastung der Sozialgerichte:** Aktuell streiten sich die Krankenhäuser mit MDK und Krankenkassen über Einzelfälle, die im Dissens letztlich vor dem Sozialgericht entschieden werden müssen. Im Stichprobenverfahren haben die einzelnen Prüfungen aufgrund der Hochrechnung sogar eine noch größere Bedeutung als bei der Einzelfallprüfung. Allerdings sollte die Stichprobenprüfung so ausgestaltet werden, dass einzelne Konfliktpunkte nur in einem Gesamtverfahren zum Stichprobenergebnis gebündelt geklärt werden können. Dies lässt mehr Spielräume für einen Kompromiss. Kann kein Kompromiss

miss gefunden werden, müssen sich die Sozialgerichte zumindest nur mit einem Gesamtverfahren für das Stichprobenergebnis beschäftigen, statt wie bisher die Einzelfälle gerichtlich zu verhandeln.

- **Einheitliches Prüfverfahren:** Die Stichprobenprüfung stellt ein bundesweit einheitliches Verfahren dar, das in alleiniger Verantwortung des MDK durchgeführt wird. Der MDK führt die Stichprobenziehung im definierten Umfang selbstständig durch. Die einzelnen Krankenkassen haben keinen Einfluss auf die eingeschlossenen Fälle, die Prüfgründe oder den Umfang der Stichprobenprüfung. Auch auf das Prüfergebnis des MDK oder die Hochrechnung der Prüfergebnisse haben die Krankenkassen keinen Einfluss.
- **Keine Selektionseffekte:** Da die Stichprobenziehung zufällig erfolgt, kann prinzipiell jede Rechnung von einer Prüfung betroffen sein. Letztlich können alle Fälle mit gewisser Wahrscheinlichkeit in das Stichprobenergebnis einfließen. Es gibt somit für Krankenhäuser kein Anreiz zur Optimierung der Kodierung bestimmter Leistungsbereiche. Denn jeder Fall könnte gezogen werden und hätte per Hochrechnung eine große Auswirkung.

Die Stichprobenprüfung ist auch mit Nachteilen verbunden. Wie bereits angesprochen, haben die einzelnen Fälle einer Stichprobe eine deutlich größere finanzielle Bedeutung. Auch wenn die Konflikte gebündelt (vor dem Sozialgericht) geklärt werden können, sind die einzelnen Stichprobenfälle wichtiger und damit potenziell konfliktreicher. Deshalb ist es wichtig, dass gegen das Ergebnis der Stichprobe nur ein Gesamtverfahren vor dem Sozialgericht eröffnet werden kann, in dem die einzelnen strittigen Fälle untereinander besser ausgleichend berücksichtigt werden können. Sofern die Stichprobenprüfung nicht nur zu Rechnungskürzungen, sondern auch Rechnungserhöhungen führt, könnte die Dokumentationsqualität abnehmen. Die Krankenhäuser könnten sich darauf verlassen, dass eine nicht gut dokumentierte Abrechnung vom MDK auch nach oben korrigiert wird. Angesichts eines generellen Misstrauensverhältnisses zwischen MDK und Krankenhäusern erscheint dies jedoch unwahrscheinlich. Zuletzt besteht aufgrund fehlender Erfahrungen mit der Stichprobenprüfung in der Anfangsphase ein gewisses finanzielles Risiko sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen. Diese finanziellen Risiken könnten jedoch über entsprechende Übergangsphasen auf einen vertretbaren Rahmen beschränkt werden. Im Ergebnis überwiegen aus unserer Sicht die Vorteile. Der folgende Exkurs gibt auf mögliche Fragen zur Stichprobenprüfung Antworten.

#### ***Exkurs: Fragen und Antworten zur Stichprobenprüfung***

##### ***Inwieweit können die einzelnen Krankenkassen Einfluss auf das Stichprobenverfahren nehmen?***

Die Krankenkassen haben selbst keine Einflussmöglichkeiten. Sie können die Stichprobenziehung nicht beeinflussen. Außerdem haben Sie keinen Einfluss auf die Entscheidung des MDK und müssen mit den Ergebnissen des MDK (ermittelte Rückzahlungsquote der Stichprobe) arbeiten.

***Gibt es eine Rechtsgrundlage, um gegen Stichprobenprüfung zu klagen statt gegen jeden Einzelfall?***

Eine entsprechende Rechtsgrundlage sollte geschaffen werden (vgl. Morbi-RSA). Wenn nicht mehr gegen den einzelnen Fall, sondern gegen die Stichprobe als Ganzes geklagt wird, reduziert sich die Anzahl der Klagen vor dem Sozialgericht deutlich. Gerade vor dem Hintergrund, dass der einzelne geprüfte Fall in einem Stichprobenverfahren mit Hochrechnung eine deutlich höhere Bedeutung besitzt, ist es wichtig, dass nicht gegen jeden einzelnen Fall der Stichprobe geklagt werden kann.

***Inwieweit besteht für die Krankenhäuser im Stichprobenverfahren ein Anreiz zur korrekten Kodierung?***

Prinzipiell kann jeder Fall in der Stichprobe gezogen werden und das Ergebnis dieser Fallprüfung wird dann auf die Grundgesamtheit hochgerechnet. Daher könnte das Upcoding eines Einzelfalls für das Krankenhaus erhebliche negative finanzielle Konsequenzen haben. Umgekehrt ist Downcoding im Stichprobenverfahren für das Krankenhaus weniger problematisch. Sollte es aufgrund einer unzureichenden Kodierung bei manchen Fällen Geld verlieren, würden diese Mindererlöse im Rahmen der Stichprobe ebenfalls identifiziert und zu Gunsten des Krankenhauses hochgerechnet werden.

***Sind ergänzende Einzelfallprüfungen vorgesehen?***

Nein, eine Stichprobe mit Hochrechnung schließt für ihren Anwendungsbereich zusätzliche Einzelfallprüfungen aus.

#### **4.2.3 Prüfrechtehandel**

Im Scoringmodell wird jeder Prüfung abhängig vom Score und der Prüfquote ein Preis zugeordnet, den die Krankenkasse an den MDK zahlen muss. Der Prüfrechtehandel greift diese Grundidee teilweise auf, überlässt jedoch die Preisfindung einem Markt für Prüfrechte. Ein Prüfrecht berechtigt eine Krankenkasse zur Durchführung einer MDK-Prüfung. Die Anzahl der verfügbaren Prüfrechte wird bundesweit exakt vorgegeben und entspricht der maximal möglichen Anzahl von MDK-Prüfungen innerhalb eines Jahres. Um den Prüfungsaufwand gegenüber dem Status quo zu reduzieren, sollte die Anzahl der Prüfrechte niedriger als die 2,6 Mio. MDK-Prüfungen im Jahr 2018 gewählt werden. Dies erscheint auch insofern vertretbar, da die flankierenden Einzelmaßnahmen des Maßnahmenbündels zu einer Reduktion des Bedarfs an MDK-Prüfungen führen sollten.

Die Vergabe der Prüfrechte an die einzelnen Krankenkassen erfolgt jeweils zum 1. Januar auf Basis des Anteils der Krankenhausfälle durch Versicherte der jeweiligen Krankenkasse im Vorjahr. Im Gegenzug tragen die Krankenkassen entsprechend der Anzahl der Prüfrechte ihren Finanzierungsanteil des MDK. Das für Krankenhausabrechnungsprüfungen erforderliche Budget der MDK wird durch die Anzahl der auszugebenen Prüfrechte geteilt und hierdurch der Ausgabepreis ermittelt. Ein Prüfrecht kann für ein beliebiges Krankenhaus in einer beliebigen Region eingesetzt werden – es verfällt allerdings ein Jahr nach seiner Ausgabe.

Jede Krankenkasse kann ihre Prüfrechte zur Überprüfung der Krankenhausfälle einsetzen, bei denen sie fehlerhafte Abrechnungen vermutet. Eine Krankenkasse kann sowohl ihre Prüfrechte gleichmäßig auf alle Krankenhäuser verteilen oder sie auf wenige auffällige Einrichtungen konzentrieren. Anders als im Scoringmodell, das explizit bundesweit einheitliche Scores für Krankenhäuser festlegt, legt die einzelne Krankenkasse im Prüfrechthandel implizit für sich fest, welche Krankenhäuser sie für mehr oder weniger prüfbedürftig erachtet. Der Prüfrechthandel lässt also mehr Freiheitsgrade zu und beschränkt trotzdem äußerst effektiv die Anzahl an Prüfungen.

Krankenkassen können Prüfrechte, die sie nicht benötigen, an andere Krankenkassen verkaufen. Umgekehrt können Kassen, die mehr Prüfrechte brauchen, von anderen Kassen Rechte erwerben. Wenn es zu einem gegebenen Preis für ein Prüfrecht zum Beispiel mehr Käufer als Verkäufer gibt, wird der Preis so lange steigen, bis ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage vorliegt. Die maximale Zahl an Prüfungen ändert sich dadurch nicht, sodass der MDK die Inanspruchnahme seiner Leistungen exakt planen kann.

Für eine Kasse ist es attraktiv, ein Prüfrecht zu kaufen, wenn die damit erwartete Rückforderung aus einer Krankenhausabrechnung über dem Preis für das Prüfrecht liegt. Umgekehrt wird eine Kasse ein Prüfrecht zum Verkauf anbieten, wenn die erwartete Rückforderung unter dem Preis für das Prüfrecht liegt. An- und Verkauf erfolgen über eine Handelsplattform, die beim MDS oder dem GKV-SV angesiedelt sein könnte. Der Handel sorgt dafür, dass die Prüfungen dort erfolgen, wo eine hohe Anzahl an falschen Abrechnungen vermutet wird. Es kommt damit zu einer optimalen Allokation der knappen Prüfrechte. Gleichzeitig bleibt der Gesamtaufwand für Rechnungsprüfungen sowohl für den MDK als auch für die Krankenhäuser effektiv begrenzt. Da aktuell die durchschnittlichen Kosten einer MDK-Prüfung unter den durchschnittlichen Rückforderungen liegen, ist davon auszugehen, dass der Preis von gehandelten Prüfrechten oberhalb des Ausgabepreises liegt.

#### ***Exkurs: Fragen und Antworten zum Prüfrechthandel***

***Wenn eine maximale bundesweite Prüfquote festgelegt wird, entsteht dann nicht ein Anreiz für die Krankenhäuser zum Upcoding, wohlwissend, dass nicht alle Fälle geprüft werden können?***

Nein, keineswegs. Bei einzelnen Krankenhäusern, die sich in dieser Hinsicht auffällig verhalten, können im äußersten Fall bis zu 100% der Fälle geprüft werden, wenn Prüfrechte der Kassen dort gezielt eingesetzt werden. Krankenhäuser, die als „schwarze Schafe“ ausscheren, spüren also die gesamte Wucht der Prüfung. Das entsprechende Krankenhaus hat damit einen Anreiz, dies nicht zu tun. In dem unwahrscheinlichen Fall, dass sich alle Krankenhäuser untereinander absprechen, schwarze Schafe zu werden („Kartell“), kann der Gesetzgeber die Prüfquote erhöhen.

***Müssen Krankenhäuser mit einem Leistungsspektrum, das „prüfanfälliger“ ist, damit rechnen, stärker geprüft zu werden?***

Ja. Das ist aber gerade das Ziel.

***Kann es vorkommen, dass eine Kasse all ihre Prüfrechte an andere Kassen verkauft, weil sie damit mehr Erlöse erzielt, als dass sie durch Prüfungen an Einsparungen erreichen kann?***

Ja. Das ist denkbar für Kassen, die z.B. aufgrund ihrer Versichertenstruktur viele „einfache“ Fälle haben, bei denen MDK-Prüfungen nur zu durchschnittlich geringen Rückzahlungen führen. Dies würde übrigens dazu beitragen, die knappen Prüfrechte effizient zu allozieren, nämlich dort, wo sie am wirkungsvollsten sind.

***Kann es zu einer Situation kommen, in der zu viele Prüfrechte auf dem Markt sind und der Prüfrechtemarkt deshalb zusammenbricht, so wie es beim Europäischen Emissionshandel beobachtet werden konnte?***

Nein. Angesichts des Anstiegs der MDK-Prüfungen in den letzten Jahren und der finanziellen Vorteilhaftigkeit von Prüfungen für die Krankenkassen, ist nicht davon auszugehen, dass es zu einem solchen „Zusammenbruch des Markts“ kommt. Wenn sich langfristig die Prüfqualität so sehr verbessert, dass trotz eines geringen Preises kaum mehr Rechte nachgefragt würden, wäre das Ziel einer guten Prüfqualität erreicht. Der Begriff „Zusammenbruch des Markts“ ist außerdem unpassend. Auch ein Preis von 0 € für Prüfrechte ist grundsätzlich denkbar. Überdies kann die bundesweite Menge an Prüfrechten reduziert werden, falls das Interesse der Krankenkassen an Prüfrechten infolge eines verringerten Prüfungsbedarfs allmählich sinkt.

***Muss für jedes Krankenhaus ein Score erstellt werden?***

Anders als beim Scoringmodell mit objektiv und kassenübergreifend errechneten Krankenhaus-Scores verwendet jede Kasse im Prüfrechtemarkt implizit seinen eigenen subjektiven Krankenhaus-Score. Man vergleiche dies hiermit: Jeder Marktteilnehmer, der Aktien an der Börse handelt, erstellt für sich eine subjektive Bewertung eines Unternehmens. Seine persönliche Zahlungsbereitschaft hängt von dieser Bewertung ab.

***Führt es zu einer erheblichen Mehrbelastung der Kassen, wenn sie Prüfrechte einkaufen müssen?***

Nein. Der Handel führt zu einer effizienten Allokation der Prüfrechte. Prüfungen finden dann genau an den Stellen statt, wo sie am erfolgversprechendsten sind. Allerdings könnte das gesamte Volumen der Prüfungen gegenüber dem Status quo leicht reduziert werden. Krankenkassen müssen zwar einen Preis für Prüfrechte zahlen, allerdings nur, wenn sie ihr zugeteiltes Budget überschreiten und zusätzliche Prüfrechte kaufen. Die Zahlungen dafür gehen an die abgebende Krankenkasse. Die einkaufende Krankenkasse sollte im Durchschnitt mittels der eingekauften Prüfrechte die für den Kauf entstandenen Kosten mindestens wieder „einspielen“. Über alle Krankenkassen hinweg entstehen also keine zusätzlichen Kosten. Durch ein reduziertes Prüfaufkommen ist vielmehr von einer Reduktion der Kosten gegenüber dem Status quo auszugehen.

***Wer überwacht den Prüfrechtewandel?***

Krankenkassen handeln untereinander mit Prüfrechten. Der MDS oder GKV-SV könnten hierfür eine Handelsplattform bieten.

#### 4.2.4 Verbindliche prospektive Strukturprüfung

Schon heute wird durch den MDK geprüft, ob die strukturellen Voraussetzungen für die Erbringung besonderer Leistungen, in der Regel so genannte Komplexbehandlungen für z.B. geriatrische oder neurologische Patienten, in Krankenhäusern bestehen. Es ist allerdings üblich, dass diese Strukturmerkmale im Rahmen von Einzelfallprüfungen retrospektiv durch den MDK begutachtet werden. Um den Prüfaufwand zu reduzieren und die Planungssicherheit für Krankenhäuser zu erhöhen, schlagen wir verbindliche prospektive Strukturprüfungen vor.

In der verbindlichen Strukturprüfung werden G-BA Strukturvorgaben und die strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung von OPS-Komplexcodes prospektiv nach bundesweit einheitlichen Checklisten geprüft. Eine erfolgreiche Prüfung soll eine Gültigkeit von zwei Jahren haben. Für den Gültigkeitszeitraum der Strukturprüfung findet keine Einzelfallprüfung der Strukturmerkmale statt. Die Krankenhäuser sollen aber verpflichtet werden, Änderungen bei strukturellen Voraussetzungen an die Krankenkassen zu melden. Solche Änderungen können z.B. durch Umbaumaßnahmen, längerfristige Krankheitsfälle oder unbesetzte Stellen auftreten. Eine Abrechnung von OPS-Komplexcodes ist für den Zeitraum, in dem die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, nicht möglich. Strukturelle Voraussetzungen sind als nicht gegeben zu betrachten, wenn geprüfte Merkmale beispielsweise entweder an vier aufeinanderfolgenden Tagen oder an vier Tagen innerhalb eines Kalendermonats nicht erfüllt sind. Bei begründeten Verdachtsfällen hat der MDK die Möglichkeit, die strukturellen Voraussetzungen zu überprüfen. Kommen Krankenhäuser ihrer Mitteilungspflicht bei Abweichungen von strukturellen Vorgaben nicht nach, sind sie zu sanktionieren.

Da die strukturellen Voraussetzungen für die Erbringung von Komplexbehandlungen prospektiv geprüft werden, beschränkt sich die Einzelfallprüfung ausschließlich auf die Indikation. Verfügt ein Krankenhaus z.B. über die strukturellen Voraussetzungen, eine neurologische Komplexbehandlung (OPS 8-981) durchführen zu können, so kann in der Abrechnungsprüfung lediglich geprüft werden, ob der Patient aufgrund eines akuten Schlaganfalls behandelt wurde. Es ist davon auszugehen, dass ein in der Strukturprüfung vorhandener Computertomograph für eine Computertomographie kurz nach der Aufnahme des Patienten verwendet wurde. Es ist weiter davon auszugehen, dass die in der Strukturprüfung nachgewiesenen Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit des Patienten die nötigen Behandlungseinheiten durchführen.

#### 4.2.5 Änderung ambulanter Vergütung

Die primäre Fehlbelegung ist einer der häufigsten Gründe für MDK-Prüfungen. Im Jahr 2018 entfielen ca. 14% aller MDK-Prüfungen auf diesen Bereich.<sup>16</sup> Da stationäre Behandlung besser vergütet werden als ambulante Leistungen, haben Krankenhäuser einen Anreiz Leistungen möglichst stationär abzurechnen. Die Krankenkassen lassen wiederum angesichts der Vergütungsdiskrepanz häufig genau diesen Aspekt prüfen. Durch eine deutliche Ausweitung ambulanter Behandlungen könnten die MDK-Prüfquoten also gesenkt und gleichzeitig die Kostenentwicklung gedämpft werden.

---

<sup>16</sup> Die Anteile basieren auf einer Auswertung des MDK Nordrhein im Jahr 2018 und können im Bundesdurchschnitt abweichen (MDK Nordrhein 2019).

Im Jahr 2018 gab es in Deutschland ca. 3,5 Mio. DRG-Tagesfälle (Wolf 2019). Im internationalen Vergleich erfolgt in Deutschland wesentlich häufiger eine stationäre Versorgung. Hier besteht erhebliches Potenzial zur weiteren Ambulantisierung und Reduzierung der primären Fehlbelegung. Dieses Optimierungspotenzial lässt sich an einem einfachen Beispiel verdeutlichen: Wenn eine durchschnittliche Vergütung von 2.000 € pro Tagesfall angenommen wird, dann ergibt sich in diesem Bereich ein Erlösvolumen von ca. 7 Mrd. € pro Jahr. Wenn 50% der Tagesfälle ambulant zu jeweils 50% geringeren Kosten durchgeführt werden könnten, ließen sich dadurch bis zu 1,75 Mrd. € pro Jahr einsparen. Im Status quo findet Ambulantisierung häufig nicht statt, weil die stationäre Versorgung für Krankenhäuser höhere Erlöse bietet.

Prinzipiell kann eine Ambulantisierung durch verbindliche Vorschriften angestrebt werden, die z.B. einen Katalog von Leistungen vorgeben, die grundsätzlich ambulant erbracht werden müssen. Dadurch würde eine klare Abgrenzung erreicht werden, welche Fälle in Zukunft immer ambulant zu erbringen sind. Allerdings fehlte den Krankenhäusern mit einem solchen Katalog immer noch der Anreiz, sich tatsächlich an die Katalogvorgaben zu halten. Deshalb wären die Krankenkassen weiterhin auf MDK-Prüfungen angewiesen. Eine Reduzierung der Prüfquote wäre nicht garantiert. Außerdem hätten Krankenhäuser kaum Spielraum auf individuelle Bedürfnisse der Patienten einzugehen, sondern müssten sich für die definierten Leistungen strikt an die Vorgaben des Kataloges halten.

Um diese Problematik zu vermeiden, schlagen wir stattdessen vor, die Vergütungsstruktur so umzugestalten, dass sich die Interessen von Krankenkassen und Krankenhäusern angleichen. Es muss für die Krankenhäuser vorteilhaft sein, stärker auf Ambulantisierung zu setzen. Ein solcher Anreiz kann im Rahmen eines Budgetansatzes erreicht werden. Das ambulante Potenzial muss abgegrenzt werden und Einsparungen infolge einer verstärkten ambulanten Leistungserbringung mittel- bis langfristig zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen aufgeteilt werden. Innerhalb eines solchen Vergütungssystems ist ein deutlicher Rückgang des MDK-Prüfaufwandes zu erwarten, weil Krankenhäuser aus eigenem Interesse eine Ambulantisierung anstreben. Mittelfristig würden Krankenhäuser auch ihre Kostenstrukturen anpassen, um in immer größeren Umfang stationäre durch ambulante Leistungen ersetzen zu können.

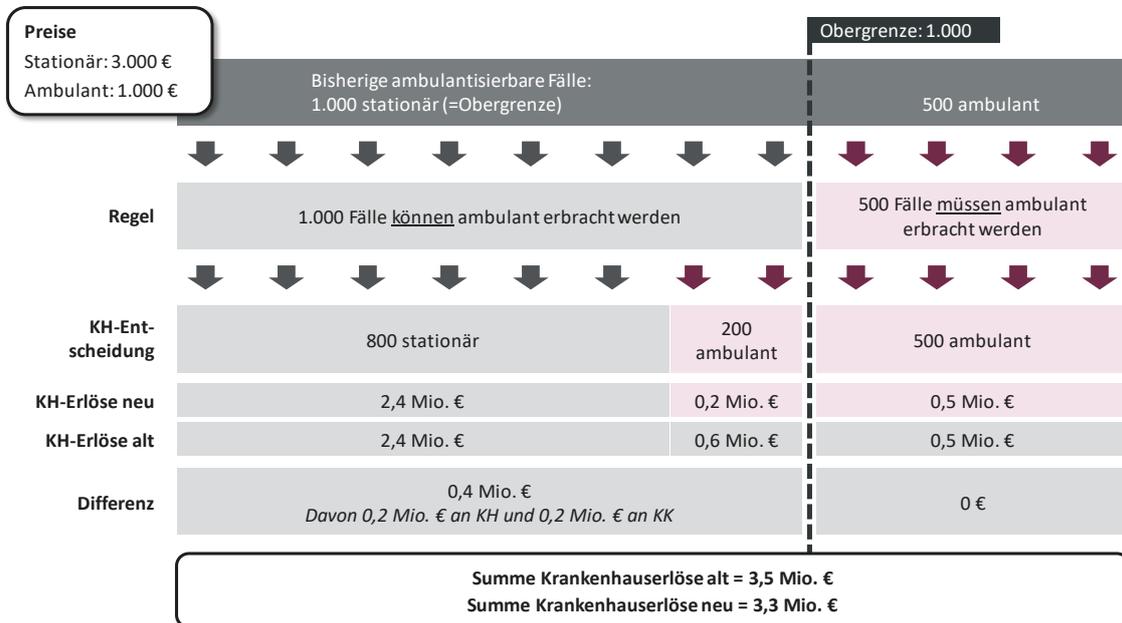
Zur Realisierung eines solchen anreizkompatiblen Ansatzes sollte im ersten Schritt ein ambulantisierbares Teilbudget identifiziert werden, in welchem alle grundsätzlich ambulantisierbaren Fälle zusammengefasst sind. Dieses Teilbudget könnte sich z.B. am Casemixvolumen von explizit definierten DRGs oder DRGs mit hohem Anteil von Tagesfällen orientieren. Innerhalb dieses festgelegten Teilbudgets würde eine Vergütungsstruktur eingeführt, durch welche Krankenhäuser an den Einsparungen der Ambulantisierung beteiligt werden. Dazu schlagen wir zwei alternative Varianten vor: erstens ein Vergütungssystem mit Obergrenze und zweitens ein System mit fallenden Preisen für stationäre Leistungen und steigenden Preisen für ambulante Leistungen.

In der ersten Variante „Vergütungssystem mit Obergrenze“ wird das Erlösvolumen für die ambulantisierbaren Leistungen im Ausgangszustand als Budget-Obergrenze festgelegt. Diese Obergrenze wird als Schwellenwert genutzt. In der unterjährigen Abrechnung werden alle Fälle bis zu einem Erlösvolumen entsprechend dieser Obergrenze nach DRG vergütet – unabhängig davon, ob die Fälle ambulant oder stationär behandelt wurden. Die Art der Leistungserbringung ist jedoch im §21-Datensatz zu dokumentieren. Oberhalb der Obergrenze vergüten die Krankenkassen alle Fälle nach EBM.

Am Jahresende wird ermittelt, welcher Teil der abgerechneten Fälle unterhalb der Obergrenze tatsächlich stationär erbracht wurden. Es wird bestimmt, wie hoch die Vergütung gewesen wäre, wenn alle Fälle unterhalb der Obergrenze gemäß der tatsächlichen Art der Leistungserbringung abgerechnet worden wären. Da zunächst alle Leistungen bis zur Obergrenze stationär vergütet wurden, ergibt sich zwischen bezahlten Leistungen und diesem theoretischen Vergütungsanspruch eine Differenz. Diese Einsparungsdifferenz für die Leistungen, die ambulant erbracht, jedoch stationär vergütet wurden, wird gleichmäßig zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern aufgeteilt. Dadurch erzielen Krankenhäuser zwar insgesamt weniger Erlöse. Durch die Einsparungsbeteiligung ändert sich jedoch die Marge der Leistungserbringung, wenn auch die Kostenstrukturen der Krankenhäuser „ambulantisiert“ werden. Bei einer entsprechenden Reduktion der Fixkosten im Zuge einer stärkeren ambulanten Leistungserbringung kann sich die Ambulantisierung somit als sinnvolle wirtschaftliche Optionen für das Krankenhaus erweisen. Durch den damit erreichten Angleich der Interessen von Krankenkassen und Krankenhäusern verlieren primäre Fehlbelegungsprüfungen an Bedeutung.

Die Funktionsweise des Ambulantisierungsbudgets mit Obergrenze wird am Beispiel in Abbildung 12 verdeutlicht. In diesem Beispiel wird angenommen, dass ein Krankenhaus von 1.500 potenziell ambulantisierbaren Fällen 1.000 Fälle stationär und 500 Fälle ambulant erbringt. Bei angenommenen Preisen – und Behandlungskosten in vergleichbarer Höhe – von 3.000 € für einen stationären Fall und 1.000 € für einen ambulanten Fall, ergibt sich ein Ambulantisierungsbudget für die stationären Leistungen von 3 Mio. €. Diese 3 Mio. € entsprechen der Obergrenze des Budgets. Hinzu kommen 0,5 Mio. € für die bereits erfolgende ambulante Leistungsbringung.

**Abbildung 12: Funktionsweise des Ambulantisierungsbudgets mit Obergrenze**



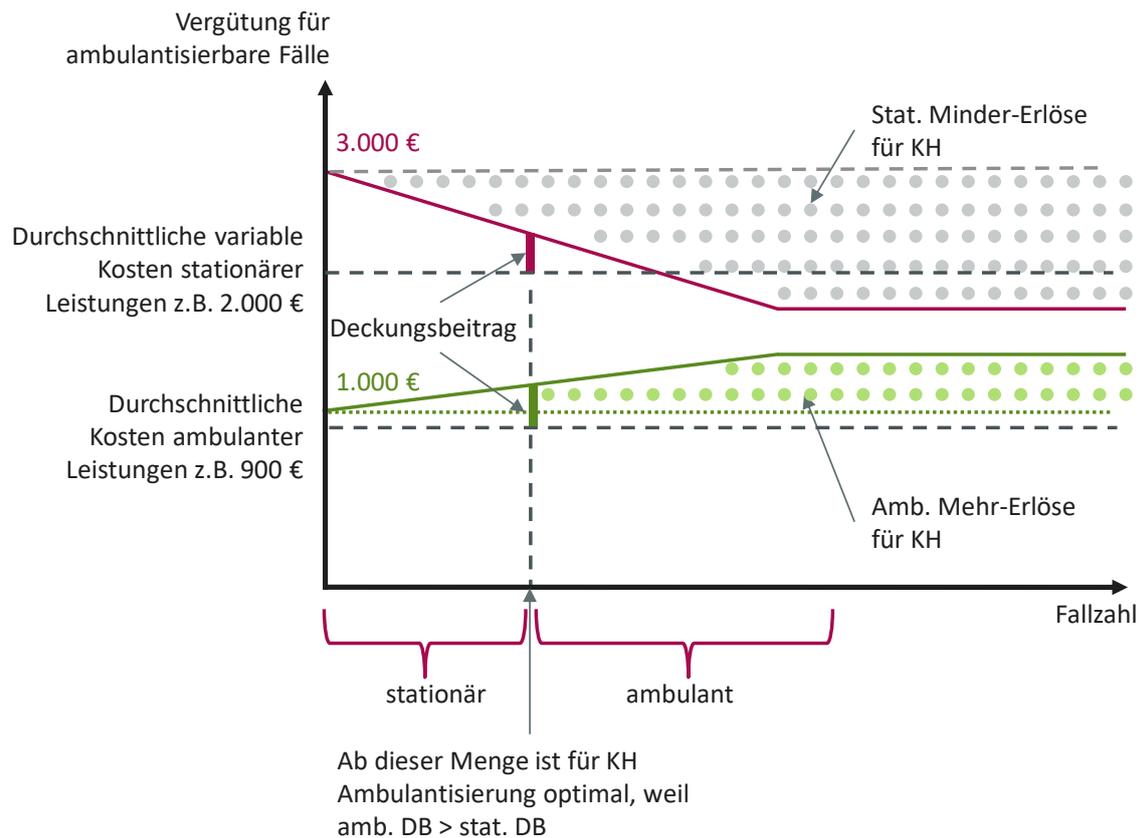
Im Jahr nach der Festlegung der Obergrenze werden alle Fälle bis zum Erlösvolumen der Obergrenze zunächst stationär vergütet – unabhängig davon, ob die Leistung stationär oder ambulant erbracht wurde. In unserem Beispiel erbringt das Krankenhaus wieder insgesamt 1.500 Fälle – davon aber inzwischen 700 Fälle ambulant, also 200 mehr als im Jahr davor. Die ersten 1.000 Fälle werden zunächst über DRG-Fallpauschalen vergütet, während alle weiteren Fälle oberhalb der Obergrenze gemäß EBM vergütet werden. Das Krankenhaus hat somit am Jahresende eine

um 400.000 € höhere Vergütung erhalten, als ihm bei Abrechnung nach Art der Leistungserbringung zustehen würde. Diese theoretische Ersparnis wird am Jahresende gleichmäßig zwischen den Akteuren aufgeteilt.

Ob Krankenhäuser auch tatsächlich verstärkt ambulante Leistungen erbringen, hängt von deren konkreter Kostenstruktur ab. Unter Berücksichtigung der Einsparungen erhält in unserem Beispiel das Krankenhaus effektiv 2.000 € für jeden ambulanten Fall gegenüber einer Vergütung von 3.000 € bei stationärer Leistungserbringung. Entsprechen die Kosten zur Erbringung eines ambulanten Falls im Krankenhaus zwischen 1.000 € (analog zur ambulanten Vergütung) und 2.000 €, wäre die verstärkte Ambulantisierung für das Krankenhaus wirtschaftlich sinnvoll – sofern es nicht nur einmal, sondern mittel- bis langfristig an den Einsparungen beteiligt wird.

Im Vergleich zu einem verbindlichen Ambulantisierungskatalog ergeben sich zwei Vorteile. Erstens können sich die Krankenhäuser innerhalb des Ambulantisierungsbudgets frei entscheiden, welche Patienten sie im Einzelfall ambulant oder stationär behandeln. Sie sind also in der Lage, die Ambulantisierung an krankenhausspezifische Kosten oder an Bedürfnisse der Patienten anzupassen. Zweitens wird die Notwendigkeit zur primären Fehlbelegungsprüfung reduziert, da Krankenhäuser finanziell zur ambulanten Leistungserbringung motiviert werden.

**Abbildung 13: Funktionsweise eines Vergütungssystems mit fallenden Preisen**



In der zweiten Variante fallen die Preise für stationäre Leistungen mit der Zahl der erbrachten stationären Fälle, während umgekehrt die Vergütung für die ambulante Leistungserbringung ansteigt. Die Systematik eines solchen Vergütungssystems ist in Abbildung 13 dargestellt. Der erste stationäre Fall wird voll nach DRG vergütet (im Beispiel sind 3.000 € angenommen). Mit jedem

weiteren stationär abgerechneten Fall sinkt die Vergütung bis zu einem Mindestniveau, dass z.B. 50% der Vergütung betragen könnte, linear ab. Gleichzeitig steigt die Vergütung für ambulante Leistungen mit steigender ambulanter Fallzahl (im Beispiel sind 1.000 € als Vergütung im Ausgangspunkt angenommen). Abhängig von der spezifischen Kostenstruktur ergibt sich in einem solchen System für jedes Krankenhaus ein optimales Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Leistungen, abhängig von den Deckungsbeiträgen der ambulanten und stationären Leistungserbringung. Jedes Krankenhaus wird versuchen, die Menge der stationären Fälle möglichst so zu steuern, dass jeder Fall den Deckungsbeitrag maximiert.

Krankenhäuser haben dadurch einen Anreiz zur Ambulantisierung, ohne dass eine feste Obergrenze festgelegt werden muss. Abhängig von seiner Kostenstruktur kann jedes Krankenhaus über ein für sich optimales Verhältnis zwischen ambulant und stationär erbrachten Leistungen entscheiden. Im Vergleich zur Variante mit Obergrenze kann sich das Verhältnis flexibler an die Struktur jedes Krankenhauses anpassen.

Zunächst dürften große Krankenhäuser mit geringer Auslastung finanzielle Nachteile durch die beiden vorgestellten Varianten erfahren, da sie weiterhin hohe Fixkosten für ihre freien stationären Kapazitäten haben. Trotzdem sollte eine Ambulantisierung vorgebracht werden, damit sich die Strukturen mittelfristig dem anpassen können. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass die erste Variante aus unserer Sicht erstrebenswerter ist, weil sie Krankenhäuser an den Einsparungen einer verstärkten Ambulantisierung direkter beteiligt und die Interessen von Krankenkassen und Krankenhäusern besser angleicht. In der zweiten Variante werden die Krankenhäuser hingegen für eine stärker stationäre Versorgung eher sanktioniert – ihnen aber gleichzeitig finanzielle Anreize für eine ambulante Leistungsausweitung gesetzt. Beide Varianten erfordern einen zusätzlichen Ausgleich zwischen den Krankenkassen. Es muss sichergestellt werden, dass jede Kasse für einen identischen Fall den gleichen Preis zahlt und dieser nicht vom Zeitpunkt der Abrechnung abhängt. Dafür müssen am Ende eines Abrechnungsjahres durchschnittliche Preise bestimmt werden, durch die ein Ausgleich zwischen den Kassen errechnet wird.

Sollte sich der Gesetzgeber gegen eine Veränderung der Vergütungsstruktur entscheiden, sollten zumindest die Kriterien der primären Fehlbelegung transparenter aufgezeigt werden, um Fehler in der Kodierung zu reduzieren und das Konfliktpotenzial abzubauen. Anknüpfend an unsere Vorschläge zur Schaffung von mehr Transparenz (Abschnitt 4.2.15), soll eine bundesweite Informationsgrundlage geschaffen werden, die Leistungen und Patientengruppen zusammenfasst, bei denen regelhaft von primärer Fehlbelegung ausgegangen wird. Dazu muss explizit definiert werden, unter welchen Bedingungen eine stationäre und unter welchen Bedingungen eine ambulante Leistungserbringung adäquat ist. Hierzu sollen öffentlich zugängliche Statistiken geschaffen werden, die detailliert über häufige Fallkonstellationen mit primärer Fehlbelegung informieren.

Ebenfalls sollen Krankenhäuser im Rahmen krankenhausspezifischer Berichte auf systematische Probleme hingewiesen werden. Mittelfristig ist es erforderlich, die ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungserbringung klar voneinander abzugrenzen. Im Zuge einer verstärkten Digitalisierung (Abschnitt 4.2.12) sollten Krankenhäuser zudem mittelfristig auch auf Basis der relevanten Patientencharakteristika eine automatisierte Vorab-Einschätzung zur stationären Abrechenbarkeit eines Falls erhalten. Diese soll zwar explizit keine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse darstellen. Dennoch kann eine unverbindliche automatische Rückmeldung zur Auffälligkeit eines Falls (z.B. hoch, mittel, gering) einen wichtigen Beitrag leisten. Hierdurch kann

primäre Fehlbelegung verhindert werden, bevor Kosten für das Krankenhaus entstehen. Außerdem werden Krankenhäuser würde bei fraglichen Fällen besonders sorgfältig ihre Leistungen dokumentieren. Ein finanzieller Anreiz zur verstärkten ambulanten Leistungserbring – über diese Vorgaben hinaus – besteht für die Krankenhäuser jedoch nicht.

#### 4.2.6 Abschaffung der unteren Grenzverweildauer

Die Verweildauerprüfung an der UGVD ist mit einem Anteil von 20-30% an allen MDK-Prüfungen der häufigste Prüfgrund (Medinfoweb 2018). Die UGVD wurde bei Einführung des DRG-Systems eingeführt, um eine Überfinanzierung von Kurzliegern zu vermeiden. Dem Ziel, dass die UGVD als Mechanismus zur Abgrenzung ambulanter und stationärer Fälle dient, konnte sie nicht gerecht werden. Angesichts zunehmender Ambulantisierungspotenziale und daraus resultierender Konflikte erscheint die UGVD jedoch auch in Zukunft nur noch eingeschränkt für diesen Zweck geeignet. Um Konflikte zwischen Krankenhäusern und MDK zu verringern und die Krankenhäuser zu einer verstärkten ambulanten Leistungserbringung zu motivieren, sollte die Vergütung in diesem Bereich künftig anders ausgestaltet werden.

Wir schlagen wir, die UGVD abzuschaffen – allerdings nur, wenn gleichzeitig die Ambulantisierung der von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen gefördert wird. Denn bei Abschaffung der UGVD würde sonst der Vergütungssprung von ambulant zu stationär sogar noch größer als dies derzeit der Fall ist und infolgedessen würde der Anreiz für Krankenhäuser, ambulant-sensitive Krankenhausfälle ambulant erbringen zu wollen, sinken. Die Einführung einer adäquaten und anreizkompatiblen Vergütung für ambulante Leistungen im Krankenhaus (s. Abschnitt 4.2.5) oder eines streng auszulegenden Katalogs ambulant zu erbringenden Leistungen könnte dieses Ziel erreichen. Zunächst könnte als sanfter Einstieg die UGVD von einem Tag gestrichen werden, im weiteren Verlauf auch höhere UGVD. In der Folge dürfte mit einem Rückgang der durchschnittlichen Verweildauern zu rechnen sein. Damit würden außerdem Leistungen mit mittelfristigem Potenzial für die teilstationäre bzw. ambulante Versorgung identifizierbar.

#### 4.2.7 Glättung von Vergütungssprüngen

Im deutschen DRG-System gibt es verschiedene Arten von Vergütungssprüngen. Es gibt es Diskontinuitäten in der Vergütung basierend auf Patientencharakteristika. So ist z.B. für die Behandlung eines Neugeborenen mit 1.499 Gramm Geburtsgewicht ein deutlich höheres Entgelt vorgesehen als bei einem Geburtsgewicht von 1.500 Gramm. Ferner existieren Vergütungssprünge im Hinblick auf Behandlungscharakteristika. Eine Beatmungsdauer von 96 Stunden kann zu einem deutlich höheren Entgelt führen als eine Beatmungsdauer von 95 Stunden. Diese beiden Arten von Vergütungssprüngen sind anfällig für Manipulationen („Upcoding“).

Da sich die Relativgewichte der DRGs an den tatsächlichen Kosten vergangener Jahre orientieren und diese tatsächlichen Kosten für die jeweils komplexen Fälle durch Upcoding sinken, ändert sich das durchschnittliche Entgelt für die Behandlung nicht. Medizinisch problematisch sind Fehlansätze durch Vergütungssprüngen dann, wenn die Behandlung des Patienten negativ beeinflusst würde. Während dies bei Neugeborenen nicht der Fall zu sein scheint (Reif et al. 2018), besteht bei Vergütungssprüngen nach Beatmungstunden die Gefahr einer zu langen, für den Patienten nachteiligen Beatmung. Wir schlagen daher vor, die Beatmungstunden aus den DRGs auszugliedern und stundengenau über Zusatzentgelte zu vergüten. Dies schafft zwei Vorteile:

Die Gefahr der zu langen Beatmung wird reduziert und Hochkostenfälle mit Langzeitbeatmung können adäquat vergütet werden.

#### **4.2.8 Automatische Beauftragung des bundesweiten Schlichtungsausschusses**

Die Mehrheit der MDK-Abrechnungsprüfungen und der beanstandeten Fälle bezieht sich auf wenige Fälle bzw. Fallkonstellationen, bei denen klare Regeln fehlen. Durch verbindliche Regeln können viele solcher Streitfälle vermieden werden. Theoretisch existiert mit dem bundesweiten Schlichtungsausschuss bereits eine Instanz zur Regelung wiederholt auftretender Unklarheiten. Mit nur einer einzigen Entscheidung, die sowohl von Krankenhäusern als auch von Krankenkassen als „schwammiger Kompromiss“ bezeichnet wurde, hat dieser Schlichtungsausschuss sein Ziel bis jetzt allerdings klar verfehlt.

Um die Anzahl an Streitfällen nachhaltig reduzieren zu können, muss der Schlichtungsausschuss gestärkt werden. Hierzu sollen dem Schlichtungsausschuss jährlich die zehn häufigsten Streitfälle nach Prüfgrund automatisch zugeleitet werden. Dieser entscheidet bundesweit verbindlich über die zukünftige Auslegung dieser Streitfälle. Um die Blockade der Selbstverwaltung im Schlichtungsausschuss zu vermeiden, soll neben der paritätischen Besetzung durch die Organe der Selbstverwaltung auch ein unparteiisches Mitglied stimmberechtigt sein. Durch einen gestärkten Schlichtungsausschuss können „Graubereiche“ der Abrechnung verringert und Unsicherheiten für alle Akteure reduziert werden. Im Zuge dieser Regelpräzisierung würde auch die Anzahl der Klagen vor den Sozialgerichten sinken. Da der Schlichtungsausschuss jährlich mindestens zehn Fälle klärt, ist auch ein besserer fallübergreifender Interessensausgleich möglich, der ggf. nicht tragfähige Kompromisse verringert.

#### **4.2.9 Aufrechnungen beibehalten**

In § 10 PrüfvV sind die Bedingungen der Aufrechnung von Erstattungsforderungen nach MDK-Gutachten definiert. Allerdings wird in der Praxis vereinzelt von Krankenkassen auch mit anderen Erstattungsforderungen (unangekündigt) aufgerechnet oder nicht verjährte Erstattungsforderungen konzentriert gegen aktuelle Vergütungsforderungen zur Aufrechnung gestellt. Auch wird teilweise eine Vergütung strittiger Leistungsbereiche mit Einleitung der Prüfung durch den MDK zurückgehalten. Dies stellt ein erhebliches finanzielles Risiko für die Krankenhäuser dar. Es gibt insofern Argumente, die eine Beschränkung der Aufrechnung unterstützen.

Gleichzeitig gibt es gute Gründe, die eine grundsätzliche Beibehaltung der Aufrechnung nahelegen. Die Krankenkassen benötigen eine Möglichkeit, sich verbindlich überbezahlte Beträge zurückzuholen. Ohne Aufrechnungsmöglichkeit müssen die Krankenkassen im Zweifelsfall für jeden ausstehenden Betrag vor dem Sozialgericht klagen. Mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot bleibt den Krankenkassen bei einem entsprechenden MDK-Gutachten bei fehlender Kooperation der Krankenhäuser keine andere Option als die Klage vor dem Sozialgericht. Bei den Krankenkassen besteht zudem ein Wissensdefizit, da die Dokumentation der Patientenakte nicht bekannt ist und somit die Erfolgchance des Verfahrens nicht eingeschätzt werden kann. Die Anzahl der Klagen der Krankenkassen würde daher das bestehende Niveau von Klagen der Krankenhäuser voraussichtlich deutlich übersteigen. Ein Verbot der Aufrechnung wird somit zu einem erheblichen Zusatzaufwand statt zu einer Entlastung der Sozialgerichte führen.

Letztlich ist jedoch das Liquiditätsrisiko entweder von den Krankenkassen oder den Krankenhäusern zu tragen. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, die Aufrechnung unter Berücksichtigung der Interessen von Krankenhäusern und Krankenkassen beizubehalten. Aufrechnungen sollten nur mit Forderungen möglich sein, die nicht älter als ein Jahr sind. Dies begrenzt das Rückforderungsvolumen der Krankenkassen und verteilt es zeitlich besser. Mindestens aber müssen Aufrechnungen nach den Vorgaben der PrüfvV möglich bleiben. Die Vorgaben der PrüfvV sind von allen Seiten einzuhalten. Außerdem sollen die Krankenkassen fällige Rechnungen zunächst vollumfänglich begleichen. Die Möglichkeit zur Aufrechnung soll jedoch grundsätzlich fortbestehen. Das Liquiditätsrisiko verbleibt damit – in etwas verminderter Form – beim einzelnen Krankenhaus. Dies ist sinnvoll, weil das Krankenhaus auf Basis der MDK-Entscheidung und der eigenen Dokumentation die Erfolgchancen einer Klage vor dem Sozialgericht besser einschätzen kann.

In Kombination mit der Stichprobenprüfung (Abschnitt 4.1.2) mit einer pauschalen Auswirkung auf das Krankenhaus-Budget entfällt übrigens die Notwendigkeit zur Aufrechnung für die die Stichprobenprüfung umfassenden Bereiche.

#### **4.2.10 Aufwandspauschale umwidmen**

Die Aufwandspauschale wurde ursprünglich eingeführt, um den Krankenhäusern den administrativen Aufwand von Prüfungen ohne rechnungsveränderndes Ergebnis zu erstatten und die Zunahme von MDK-Prüfungen abzuschwächen. Eine spürbar dämpfende Wirkung der Aufwandspauschale ist jedoch nie eingetreten, weil die Rückforderungen im Durchschnitt deutlich über der Aufwandspauschale lagen. Vielmehr vergrößert die Aufwandspauschale den Streitwert eines Falls und damit das Konfliktpotenzial – auch hinsichtlich der Fälligkeit einer Aufwandspauschale im jeweiligen Einzelfall. Abgesehen von der Aufwandspauschale sind MDK-Prüfungen mit keinen weiteren variablen Kosten für die jeweilige Krankenkasse verbunden. Die Gesamtkosten des MDK werden im Umlageverfahren aus Mitteln der Kassen pauschal getragen. Dieses „Flatrate“-Finanzierungsmodell des MDK setzt einen Anreiz zu einer hohen Inanspruchnahme des MDK durch die einzelne Krankenkasse, insbesondere da sich die Kosten der MDK-Prüfungen mehr als refinanzieren. Zudem ist eine Aufwandspauschale bei der Einführung einer Prüfquote insofern obsolet, dass die Anzahl der Abrechnungsprüfungen bereits über die die Prüfquote begrenzt wird.

Vor diesem Hintergrund sehen wir es als sinnvoll an, die Aufwandspauschale abzuschaffen und im Gegenzug die Finanzierung des MDK stärker an der Inanspruchnahme durch die jeweilige Kasse auszurichten. So müssen im Scoringmodell Krankenkassen für eine MDK-Prüfung in Abhängigkeit vom Score des Krankenhauses und der kassenindividuellen Prüfquote einen „Preis“ bezahlen. Anstelle einer Aufwandspauschale an das Krankenhaus bei nicht-erfolgreicher Prüfung muss die Krankenkasse dann für jede Prüfung eine Prüfpauschale an den MDK entrichten, unabhängig vom Ausgang der Prüfung. Im Fall einer niedrigen Prüfquote betrüge die Pauschale jedoch 0 €. Neben den im Scoringmodell gesetzten Anreizen hat diese Umgestaltung den positiven Nebeneffekt, dass sie den Streitwert eines Falls verringert, weil die Krankenkassen unabhängig vom Erfolg einer MDK-Prüfung eine Zahlung leisten muss. Der Anreiz der Krankenkassen zur möglichst hohen Inanspruchnahme des MDK besteht nicht weiter. Zudem können Streitigkeiten über die Auszahlung einer Aufwandspauschale zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vermieden werden.

#### 4.2.11 Sanktionen

Sanktionsmöglichkeiten werden bereits in den einzelnen Maßnahmen angesprochen, sollen an dieser Stelle noch einmal gesammelt zusammengefasst werden.

Im Rahmen des Scoringmodells (s. Abschnitt 4.2.1) sind Sanktionen eine denkbare Option, sollte das Scoringmodell ohne diese Ergänzung nicht zu einer mittelfristigen Verbesserung des Kodierverhalten auf Seiten der Krankenhäuser führen. Krankenhäuser die wiederholt im „roten Bereich“ liegen, könnten durch finanzielle Sanktionen zur Verbesserung ihrer Kodierung motiviert werden.

Im Rahmen der prospektiven Strukturprüfung (s. Abschnitt 4.2.4) sind Krankenhäuser meldepflichtig, wenn sie die strukturellen Vorgaben nicht mehr erfüllen. Um diese Meldepflicht durchzusetzen, sind entsprechende Sanktionen vorgesehen.

Bei der Neugestaltung der ambulanten Vergütung (s. Abschnitt 4.2.5) ist in einer Variante eine Sanktionierung vorgesehen, wenn Krankenhäuser ambulantisierbare Fälle zu oft stationär versorgen. Mit zunehmender stationären Leistungserbringung definierter Fallgruppen sinkt das stationäre Vergütungsniveau.

Zuletzt ist im Rahmen des verbindlichen Einigungsversuchs (s. Abschnitt 4.2.14) eine Sanktionierung vorgesehen. Sollten Krankenhäuser oder Krankenkassen einen Einigungsversuch ablehnen, ist dies mit einer Sanktion verbunden.

#### 4.2.12 Digitaler Austausch zwischen Krankenhäusern und MDK

Der MDK erhält aktuell die erforderlichen Datenlieferungen der Krankenhäuser in unterschiedlichen Formaten und Umfängen, was den Aufwand der Prüfung insgesamt erhöht. Eine fehlende Möglichkeit zum digitalen Datenaustausch führt sowohl auf Krankenhaus- als auch auf MDK-Seite zu einem vermeidbaren administrativen Aufwand, der teilweise den Character von „Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen“ hat. Krankenhäuser drucken erst die ihnen digital vorliegenden Patienteninformationen aus, übermitteln sie dem MDK analog, der wiederum nach Dateneingang beginnt die Informationen zu digitalisieren. Ebenfalls kommt es bei der Datenübermittlung teilweise zum Verlust einzelner Daten. Es gibt aktuell keinen Nachweis, dass Informationen vollständig eingegangen sind. Ein Informationsverlust ist somit nicht ausgeschlossen. Dies führt zu Konfliktsituationen, wenn der MDK auf Basis einer unvollständigen Datengrundlage zu einem abweichenden Gutachten kommt.

Um eine Nachweisbarkeit der bereitgestellten Patientenakten zu ermöglichen und den Prüfaufwand des MDK zu begrenzen, soll der Datenaustausch zwischen MDK und Krankenhäusern künftig stets digital erfolgen. Dazu fordern wir einen bundesweit einheitlichen maschinellen Datenaustausch und -versand. Ein nachvollziehbarer Datenversand ermöglicht einen einfachen Nachweis der bereitgestellten Informationen und reduziert potenzielle Klagen vor den Sozialgerichten. Selbstverständlich hat dieses Verfahren datenschutzrechtlichen Erfordernissen zu genügen. Ebenfalls sind Mindestanforderungen an die Datenlieferung zu definieren, um zu vermeiden, dass der MDK durch übergroße, unstrukturierte Datenlieferungen in seiner Tätigkeit eingeschränkt wird.

#### 4.2.13 Anspruch der Krankenhäuser auf Einsicht in MDK-Gutachten

In ihrer aktuellen Fassung sieht die PrüfvV nur die Übermittlung der maßgeblichen Gründe einer MDK-Entscheidung an die Krankenhäuser vor. Krankenhäuser haben bei einer abweichenden Bewertung durch den MDK somit aktuell keinen Anspruch auf Einsichtnahme in das vollständige Gutachten. Ohne Möglichkeit zur Einsichtnahme sind die Entscheidungen des MDK für die Krankenhäuser jedoch nicht immer vollständig transparent nachvollziehbar. Eventuelle Fehler des MDK können nicht identifiziert werden.

Deshalb sollte die Weitergabe der vollständigen MDK-Gutachten an Krankenhäuser als neuer Standard festgelegt werden, sofern das Gutachten nicht die abgerechneten Leistungen bestätigt. Schon jetzt wird die direkte Weitergabe in einzelnen Bundesländern wie z.B. Bayern erfolgreich praktiziert. Da die Gutachten ohnehin für die Krankenkassen erstellt werden, ist es mit geringem Aufwand verbunden, diese den Krankenhäusern ebenfalls zur Verfügung zu stellen. Dieser Anspruch könnte in der PrüfvV ergänzt werden und hätte zahlreiche Vorteile. Eine verbesserte Transparenz über die Entscheidungen des MDK würde es den Krankenhäusern ermöglichen, besser aus fehlerhaften Abrechnungen zu lernen und ihre Kodierqualität zu verbessern. Außerdem wäre es für Krankenhäuser leichter möglich, auf eventuelle Fehler der MDK-Prüfung zu reagieren, ohne erst eine Sozialgerichtsklage anzustreben zu müssen, womit das Nachverfahren gestärkt werden könnte. Schließlich würde die standardisierte Weitergabe der MDK-Gutachten mehr Transparenz zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und MDK schaffen (s. 4.1.10).

#### 4.2.14 Einigungsversuch vor Klage beim Sozialgericht

Bei Uneinigkeit über die Richtigkeit einer Abrechnung kommt es häufig zu Klagen vor den Sozialgerichten. Eine Klage wird oft auch dadurch wahrscheinlicher, dass Krankenhäuser einerseits nur geringes Interesse an einem Vorverfahren im Rahmen der MDK-Prüfung haben, während Krankenkassen nach erfolgter Aufrechnung des strittigen Rechnungsbetrages auf Basis des MDK-Gutachtens andererseits wenig Interesse an einem Nachverfahren haben. Ein verbindlich vorgeschriebener Einigungsversuch soll die Anzahl der Fälle vor den Sozialgerichten senken. Eine Einigung kann z.B. durch Einschalten eines Mediators erfolgen. Um sicherzugehen, dass beide Parteien einen Einigungsversuch unternehmen, soll die ablehnende Partei finanziell sanktioniert werden.

Ein verbindlicher Einigungsversuch führt zuallererst zu weniger Klagen vor den Sozialgerichten. Die Verstetigung der Einigungsversuche kann zusätzlich zu einer beschleunigten Lösung zukünftiger Streitfälle führen. Zwar kann der Mediationsversuch bei beidseitigem oder einseitigem Unwillen zur Einigung stets vereitelt werden. Da allerdings bei einem verbindlichen Einigungsversuch der hierfür nötige Personalaufwand und die Kosten für den Mediator ohnehin anfallen, besteht ein gewisser Anreiz zur lösungsorientierten Beteiligung für alle Akteure.

#### 4.2.15 Schaffung von Transparenz

Das aktuelle Klima zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ist durch großes gegenseitiges Misstrauen gekennzeichnet, das sich in den zunehmenden Abrechnungsprüfungen und Gerichtsverhandlungen manifestiert. Bisher fehlen den Akteuren wichtige Informationen, um das

Verhalten der anderen Seite hinreichend nachvollziehen zu können. Für ein Krankenhaus ist oftmals nicht klar, ob die eigene Prüfquote über- oder unterdurchschnittlich hoch ausfällt oder ob bestimmte Prüfgründe überproportional häufig anfallen. Wir schlagen deshalb vor, durch die Schaffung zusätzlicher Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfverhalten Informationsasymmetrien zwischen den Akteuren abzubauen.

Zunächst sollte ein fallübergreifender Review zu den Ergebnissen von MDK-Prüfungen zum Jahresende erstellt werden. Dieser Bericht soll nur dem jeweiligen Krankenhaus und den relevanten Krankenkassen übermittelt werden. Die Gestaltung dieses Berichtes hängt davon ab, in welcher Form die Prüfungen eines Krankenhauses durch den MDK stattfinden. Im Maßnahmenbündel mit Stichprobenprüfung (Abschnitt 4.1.2) stellt der Bericht einen Überblick über im Rahmen der Stichprobe ermittelte Kodierverhalten des Krankenhauses dar. Dieser Bericht würde es insbesondere den Krankenhäusern ermöglichen, das Ergebnis der Prüfung nachzuvollziehen und aus vergangenen Fehlern der Abrechnung zu lernen. Der Review-Bericht sollte deshalb vor allem spezifische DRGs sichtbar machen, die von Krankenhäusern besonders häufig fehlerhaft kodiert werden. Dadurch wird es den Krankenhäusern ermöglicht, solche Fehler mit einem effektiven Qualitätsmanagement abzustellen.

Die beim MDK für den Review-Prozess gesammelten Daten sollten zusätzlich für eine bundesweite Statistik und ein Benchmarking über die am häufigsten geprüften DRGs genutzt werden. Bislang werden diese Übersichten im Rahmen der gesundheitspolitischen Diskussion zum Thema MDK oft auf Zuruf erstellt. Mithilfe einer regelhaften Statistik können die typischen strittigen Fälle bestimmt werden, die durch den bundesweiten Schlichtungsausschuss bearbeitet werden sollen (s. Abschnitt 4.2.8). Daten zu Prüf- und Erfolgsquoten – und im Fall des Scoringmodells das Scoring-Ergebnis – müssten außerdem öffentlich bereitgestellt werden. Von der transparenten Veröffentlichung dieser Statistiken würden mittelfristig alle beteiligten Akteure profitieren. Zum einen könnte durch den Einfluss einer kritischen Öffentlichkeit der Druck auf Krankenhäuser erhöht werden, eine verbesserte Kodierqualität anzustreben. Zum anderen würden Krankenhäuser mit hoher Kodierqualität von einem positiven öffentlichen Image profitieren. Insbesondere dürfte sich mit steigender Kodierqualität die öffentliche Berichterstattung über „betrügerisches Verhalten“ der Krankenhäuser reduzieren und das Misstrauen der Krankenkassen abnehmen.

Weitere Maßnahmen zur verbesserten Transparenz sind in den Vorschlägen „automatische Beauftragung des bundesweiten Schlichtungsausschusses“ (Abschnitt 4.2.8) und „Anspruch der Krankenhäuser auf Einsicht in MDK-Gutachten“ (Abschnitt 4.2.13). Die regelmäßige Veröffentlichung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses schafft Klarheit über häufig strittige Fälle. Die verpflichtende Weiterleitung der MDK-Gutachten an Krankenhäuser erhöht ebenfalls die Transparenz über das Prüfgeschehen. Zwar entsteht durch die Sammlung und Auswertung der relevanten Daten vor allem für den MDK ein Mehraufwand. Dieser kann jedoch dadurch gerechtfertigt werden, dass sich die Prüfquoten durch die hier vorgestellten Maßnahmen reduzieren würden, wodurch der MDK insgesamt entlastet würde.

#### **4.2.16 Rechnungs- und Datenkorrekturen begrenzen**

Derzeit können Krankenhäuser eine Rechnung nach Rechnungsstellung korrigieren. Da dies häufig gebündelt mit Unterstützung externer Berater geschieht, entsteht auf Kassenseite für die Prüfung der korrigierten Rechnungen ein hoher punktueller Aufwand. Insbesondere wenn sich

ein Fall bereits in der MDK-Prüfung befindet, entsteht durch Rechnungs- und Datenkorrekturen ein Mehraufwand, wenn sich die Grundlage der Prüfung verändert. Wir schlagen daher vor, dass Rechnungen stets abschließend erstellt werden und eine spätere Rechnungskorrektur nicht mehr möglich sein sollte.

## 5 Fazit

Die Krankenhausabrechnungsprüfungen durch den MDK sind aufgrund eines zunehmenden Volumens von Prüfungen und Gerichtsverfahren seit einigen Jahren Gegenstand strittiger Debatten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Weil sich bei den MDK-Prüfungen bislang kein „Deckeneffekt“ in Form von abnehmenden Erfolgsquoten zeigt, ist unter den aktuellen Rahmenbedingungen von einer weiter zunehmenden Zahl von Prüfaufträgen an den MDK sowie steigenden Rückforderungen der Krankenkassen auszugehen. Hierdurch wird ein erheblicher Aufwand auf Seiten von MDK, Krankenhäusern und Sozialgerichten erzeugt. Diese Akteure zeigen aktuell Anzeichen von Überlastung und können Personal nicht so schnell aufbauen, wie die Zahl der Prüfanträge zunimmt, sodass das Prüfsystem an seiner Belastungsgrenze anzukommen scheint.

Vor diesem Hintergrund besteht Reformbedarf des MDK-Prüfungssystem. Das BMG hat mit dem Gesetz für bessere und unabhängiger Prüfungen (MDK-Reformgesetz) auf diesen Handlungsbedarf reagiert. Grundsätzlich beinhaltet das MDK-Reformgesetz teilweise ähnliche Forderungen wie dieses Gutachten. Zum Beispiel sind Maßnahmen wie die Abschaffung der Rechnungskorrektur, die Einführung bundesweiter Statistiken und eines digitalen Datenaustauschs zwischen Krankenhaus und Medizinischen Diensten durchaus vergleichbar. Auch wenn dieses Gutachten die Vorschläge des BMG nur am Rande thematisiert, sollen potenzielle „Nebenwirkungen“ kurz benannt werden.

Durch Vorgabe einer maximalen Prüfquote pro Krankenhaus und Quartal, die unterhalb derjenigen des Status quo liegt, wird der Prüfaufwand unmittelbar reduziert. Gleichzeitig hat eine maximale Prüfquote je Krankenhaus aber den Effekt, dass ein mögliches Upcoding der Krankenhäuser nur eingeschränkt feststellbar ist und nach Überschreitung der Prüfquote selbst eindeutige Falschabrechnungen nicht mehr zurückgefordert werden können.<sup>17</sup> Zudem ist darauf hinzuweisen, dass eine Sanktionierung der Krankenhäuser zwar eine gewisse abschreckende Wirkung hat, gleichzeitig aber auch den Streitwert eines Falles erhöht. Die Abschaffung der Möglichkeit zur Aufrechnung durch die Krankenkassen kann die Zahl der Klagen vor den Sozialgerichten erhöhen. Denn mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot werden Krankenkassen mit einem entsprechenden MDK-Gutachten, das eine Rückforderung bestätigt, vermutlich keine andere Wahl haben als im Zweifelsfall bei jeder strittigen Rechnung vor dem Sozialgericht zu klagen. Gerade die Kombination von Sanktionierung und Aufrechnungsverbot lässt somit keine Entlastung der

---

<sup>17</sup> Ein hypothetisches Extrem-Beispiel soll dies verdeutlichen: Angenommen ein Krankenhaus setzt auf Upcoding und rechnet unsystematisch bei 70% der Gesamtfallzahl von 10.000 Fällen 1.000 € zu viel ab. Dies entspricht einem finanziellen Volumen von 7 Mio. €. Wenn maximal 20% aller Fälle geprüft werden dürfen, wird bei 1.400 Fällen eine zu hohe Abrechnung festgestellt (20% max. Prüfquote \* 70% Erfolgsquote = 14% aller Fälle mit nachgewiesenem Kodierungsfehler). Bei 1.400 Fällen erfolgt eine Rückerstattung des überbezahlten Betrages von 1.000 € - also 1,4 Mio. €. Zusätzlich wird das Krankenhaus mit 50% des überbezahlten Betrages sanktioniert – dies entspricht 700.000 €. Insgesamt muss das Krankenhaus also nur 2,1 Mio. € rückerstatten, bei insgesamt 7 Mio. überbezahlten Rechnungen.

Sozialgerichte zu erwarten. Vielmehr ist eher von einer Zunahme der Klagen vor den Sozialgerichten auszugehen. Zuletzt ist die Aktualisierung des Katalogs ambulantisierbarer Leistungen eine Option zur verstärkten Ambulantisierung. Diese bietet jedoch keine finanziellen Anreize für die Krankenhäuser.

Dieses Gutachten zeigt daher im Rahmen dreier Maßnahmenbündel Möglichkeiten auf, um den Aufwand der MDK-Prüfungen zeitnah begrenzen können, die Effektivität des Prüfsystems zu erhöhen, Konfliktpunkte zwischen Krankenhäusern, MDK und Krankenkassen abzubauen und die Interessen dieser Akteure möglichst ausgleichend zu berücksichtigen. Zur Wahrung dieser Balance kann jedes Maßnahmenbündel nur in seiner Gesamtheit betrachtet werden. Ein Herausgreifen einzelner Maßnahmen kann die Balance eines Maßnahmenbündels zerstören.

Das Maßnahmenbündel „Scoringmodell“ setzt darauf, Krankenhäuser im Hinblick auf ihr Abrechnungsverhalten in „unauffällige“ und „auffällige“ Einrichtungen einzuteilen („Scores“) und dementsprechend unterschiedlich zu prüfen. Für ein Grundniveau an Prüfungen entstehen den Krankenkassen keine Kosten. Bei Krankenhäusern mit einem guten Score entstehen Krankenkassen schon nach wenigen Prüfungen Kosten. Bei solchen mit einem schlechten Score entstehen Krankenkassen erst nach vielen Prüfungen Kosten. Das Maßnahmenbündel „Stichprobenprüfung“ ist alternativ zum „Scoringmodell“ zu verstehen und beinhaltet im Kern ein Stichprobenverfahren mit Hochrechnung auf die Grundgesamtheit. Das Maßnahmenbündel „Prüfrechtehandel“ ist alternativ zu den beiden vorgehenden Vorschlägen zu sehen und begrenzt den Aufwand des MDK-Prüfsystems auf der Gesamtebene auf eine vorab vorgegebene Menge. Krankenkassen können ein Prüfrecht entweder nutzen, um eine Abrechnung prüfen zu lassen oder sie können das Prüfrecht an eine andere Krankenkasse verkaufen. Der Preis eines Prüfrechts bestimmt sich über Angebot und Nachfrage.

Innerhalb der Maßnahmenbündel gibt es darüber hinaus zahlreiche weitere begleitende Maßnahmen in Form von prospektiven verbindlichen Strukturprüfungen, Anreize zur Ambulantisierung in Kombination mit der Abschaffung der UGVD, die Neuausgestaltung des bundesweiten Schlichtungsausschusses zur Klärung der häufigsten Streitfälle, ein bundesweit einheitlicher maschineller Datenaustausch, eine Übermittlung der vollständigen MDK-Gutachten an die Krankenhäuser, ein verbindlicher Einigungsversuch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vor Einreichung einer Klage beim Sozialgericht, Sanktionen, die Schaffung von Transparenz über regelhafte Statistiken und Berichte, eine Abschaffung von Rechnungs- und Datenkorrekturen und die Beibehaltung der Aufrechnung unter Bedingungen. In den Maßnahmenbündeln „Scoringmodell“ und „Prüfrechtehandel“ kann zudem die Aufwandspauschale entfallen. Perspektivisch könnten außerdem Regionalbudgets oder weitere alternative Vergütungsformen den Bedarf an MDK-Prüfungen weitergehend verringern, weil damit eine Angleichung der Interessen der Krankenkassen und Krankenhäusern erreicht werden kann.

## 6 Literaturverzeichnis

AKG (2019): Kommt die MDK-Reform noch vor dem Koalitionsbruch? Mitteilung der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser (AKG). Unter: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/kommt-die-mdk-reform-noch-vor-dem-koalitionsbruch-a-39934> (abgerufen am 26.06.2019).

Ärzteblatt (2019) Krankenhausrechnungen: Prüfungen auf Rekordniveau. Online am 14.02.2019. Unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101127/Krankenhausrechnungen-Pruefungen-auf-Rekordniveau> (abgerufen am 26.06.2019).

Balling, S. (2018): MDK fordern 500 Millionen von Krankenhäusern. Bibliomed Manager. News des Tages 28.06.2018. Unter: <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/35682-mdk-fordern-500-millionen-von-krankenhaeusern/> (abgerufen am 26.06.2019).

BDI (2017): Unsachgerechte MDK-Prüfungen gefährden die medizinische Versorgung in den Kliniken. Stellungnahmen des Berufsverbands der Deutschen Internisten e.V. (BDI) vom 22.12.2017. Unter: <https://www.bdi.de/aktuell/nachrichten/ansicht/article/unsachgerechte-mdk-pruefungen-gefaehrden-die-medizinische-versorgung-in-den-kliniken/> (abgerufen am 26.06.2019).

BKK (2014): Medizinische Dienste der Kranken- und Pflegeversicherung – gezielte Stärkung und Weiterentwicklung. Positionen der MDK-Funktionsträger des BKK Systems. Unter: [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/politik/positionspapiere/Positionspapier\\_MDK\\_BKK-Funktionstraeger\\_FINAL.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/politik/positionspapiere/Positionspapier_MDK_BKK-Funktionstraeger_FINAL.pdf) (abgerufen am 26.06.2019).

BMG (2019a): Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 03.05.2019.

BMG (2019b): Gesetzentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17.07.2019. Unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz.html> (abgerufen am 19.07.2019).

Bundesrechnungshof (2019a): Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnerkürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen. 2018 Bemerkungen, Ergänzungsband Nr. 05. Unter: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/2018-ergaenzungsband/weitere-einzelplanbezogene-pruefungsergebnisse/bmg/2018-bemerkungen-ergaenzungsband-nr-05-krankenkassen-und-krankenhaeuser-vereinbaren-unzulaessige-pauschale-rechnerkuerzungen-in-millionenhoeh-e-und-umgehen-abrechnungspruefungen> (abgerufen am 26.06.2019).

Bundesrechnungshof (2019b): Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung vom 06.05.2019.

DKG (2005): Stichprobenprüfung im Krankenhaus nach § 17c KHG - Materialien und Umsetzungshinweise, DKG, Berlin.

DKG (2019): Krankenhäuser fordern dringend Reform der Abrechnungsprüfung. Pressemitteilung der Deutsche Krankenhausgesellschaft vom 02.05.2019. Unter: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaeuser-fordern-dringend-reform-der-abrechnungspruefung/> (abgerufen am 26.06.2019).

GKV-SV (2019): Korrekte Rechnungen und klare Strukturen. Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Krankenhausabrechnung. Unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\\_themen/2019-04-29\\_KH-Abrechnung\\_Argumentationspapier.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/2019-04-29_KH-Abrechnung_Argumentationspapier.pdf) (abgerufen am 26.06.2019).

InEK (2019) Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus - G-DRG-Report-Browser 2019. Unter: [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de).

MDK (2019): Leistungen der MDK für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Faktenblatt. Unter: [https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/18\\_Meldungen/19-04-11\\_PK\\_Leistungsbilanz/4\\_Faktenblatt.pdf](https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/18_Meldungen/19-04-11_PK_Leistungsbilanz/4_Faktenblatt.pdf) (abgerufen am 26.06.2019).

MDK Nordrhein (2019): Zahlen und Fakten zur Abrechnungsprüfung im Krankenhaus. Unter: [https://www.mdk-nordrhein.de/fileadmin/redaktion/Presse/Presseinfo/Presseinfo\\_2019/Fakten\\_Zahlen\\_KHF.pdf](https://www.mdk-nordrhein.de/fileadmin/redaktion/Presse/Presseinfo/Presseinfo_2019/Fakten_Zahlen_KHF.pdf) (abgerufen am 26.06.2019).

Medinfoweb (2018): Herbstumfrage 2018 - Krankenhausrechnungsprüfung - Bestandsaufnahme 2017 – Trend 2018. Unter: [https://medinfoweb.de/data/CMM\\_Multicontents/files/PM/medinfoweb\\_de\\_herbstumfrage\\_2018\\_krankenhausrechnungspruefung\\_2017.pdf](https://medinfoweb.de/data/CMM_Multicontents/files/PM/medinfoweb_de_herbstumfrage_2018_krankenhausrechnungspruefung_2017.pdf) (abgerufen am 26.06.2019).

Mirza, M. (2017): DKG fasst neue MDK-PrüfvV zusammen. nexus/marabu 19.01.2017. Unter: <https://www.nexus-marabu.de/nachricht/dkg-fasst-neue-mdk-pruefvv-zusammen.html> (abgerufen am 26.06.2019).

Philippi, M. (2018): So geht es nicht weiter: MDK-Prüfungen – Die Sicht des Krankenhauses. In: Janssen, D.; Augurzky: Krankenhauslandschaft in Deutschland, S. 84-88.

Raab, E. und von Schroeders, N. (2018): DGfM-Positionspapier – Komplette Neuordnung. *Führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w)* 10/2018.

Reif, S., S. Wichert und A. Wuppermann (2018), Is it good to be too light? - Birth weight thresholds in hospital reimbursement systems. *Journal of Health Economics* 59: 1-25.

Schlingensiepen, I. (2019): Sind Sozialgerichte der richtige Ort für Klinikklagen? *Ärzte Zeitung online* vom 04.02.2019. Unter: [https://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/recht/article/980581/richter-empoert-sozialgerichte-richtige-ort-klinikklagen.html](https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/980581/richter-empoert-sozialgerichte-richtige-ort-klinikklagen.html) (abgerufen am 26.06.2019).

Statistisches Bundesamt (2017): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Thiele, K.-P., Kreuzer, C. und Mengel, R. (2018). MDK-Prüfung – Fluch oder Segen? In: Janssen, D.; Augurzky: Krankenhauslandschaft in Deutschland, S. 89-94.

Wolff, J. (2019): Große MDK-Podiumsdiskussion: Was dringend reformiert werden muss, Vortrag DRG-Forum 2019.