



Kodierrevision

Millionenschweres Potenzial

Eine Analyse der Abrechnungsdaten von Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungstufen und Rechtsformen im Rahmen einer empirischen Pilotstudie zeigt, dass deutsche Kliniken mit korrekter Kodierung bis zu einer halben Milliarde Euro zusätzlich Erlösen können. Die Autoren plädieren für eine interne Kodierrevision aller Krankenhausabrechnungen und hinterfragen den wirtschaftlichen Nutzen der hoch aufwendigen kassenseitigen Prüfverfahren für die Versicherungsgemeinschaft.

Von Dr. h.c. Peter Coy, Moritz Mulks

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüft kontinuierlich die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser. Diese haben den Prüfungen kaum etwas entgegenzusetzen. Da die Krankenkassen zunehmend verdachtsabhängig prüfen lassen, steigen die arbeitsökonomischen Aufwendungen für die Beteiligten der Rechnungsprüfung sowohl aufseiten der Krankenhäuser als auch bei Krankenkassen und MDK.

Mehr als jede zehnte Krankenhausrechnung durchläuft eine MDK-Prüfung.

Gekürztes Volumen nach Rechnungskorrekturen

Die Krankenhäuser in Deutschland haben im Jahr 2015 16.752.396 Fälle (einrichtungsbezogene Fälle der allgemeinen Krankenhäuser 2015: 18.613.774 abzüglich zehn Prozent für voll privat

Versicherte, Selbstzahler und andere) stationär behandelt. 12,6 Prozent davon hat der MDK geprüft, dies entspricht 2.110.802 Rechnungen bundesweit. Von diesen geprüften Rechnungen wurden nach Aussagen der Krankenhausvertreter circa 41,6 Prozent, also insgesamt 878.094 Rechnungen, zugunsten der Krankenkassen korrigiert. Daraus ergeben sich bundesweit Rechnungskorrekturbeträge in Höhe von 1,063 Milli-

Foto: iStockphoto/OlagGr

arden Euro. Laut Vertretern der Krankenkassen wurden sogar mehr als die Hälfte der Abrechnungen nach Abschluss der Prüfung zulasten der Krankenhäuser korrigiert.

Gemäß der Frühjahrsumfrage der Informationsplattform medinfoweb.de führten die MDK-Prüfungen im Jahr 2015 zu einem durchschnittlichen Erlösverlust der Krankenhäuser in Höhe von 1.211 Euro je geprüftem und korrigiertem Fall. Nach Aussagen des GKV-Spitzenverbands belaufen sich die Rechnungskorrekturen auf 1,5 bis 2,3 Milliarden Euro im Jahr (Datenjahr 2013, aktuellere Veröffentlichungen liegen nicht vor). Je nach Betrachtungsweise stellt der GKV-Spitzenverband das Volumen der Rechnungskorrekturen als doppelt so hoch dar wie die Autoren von medinfoweb.de.

Dem von den Krankenkassen beauftragten MDK steht keine gesetzlich legitimierte Instanz per se gegenüber, die die Krankenhausdaten im Auftrag der Krankenhäuser überprüft. Insofern exis-

tieren nur wenige öffentlich zugängliche Analysen über das Kodierpotenzial deutscher Krankenhäuser. Die Autoren haben im Rahmen einer empirischen Pilotstudie der Hochschule RheinMain die von einem externen Dienstleister ermittelten repräsentativen Kodierrevisionsergebnisse des Geschäftsjahrs 2015 aus 28 deutschen Krankenhäusern analysiert. Ziel der Abfrage war es, zu erheben, ob – und wenn ja in welcher Höhe – ein Kodierpotenzial in den Abrechnungen der Krankenhäuser vorliegt.

Analyse der Kodierung deutscher Krankenhäuser

Der externe Dienstleister, den die Krankenhäuser beauftragten, unterzog 2,55 Prozent der bereits abgerechneten Fälle einer Kodierrevision. Insgesamt haben die Krankenhäuser 32,89 Prozent der revidierten Fälle (0,84 Prozent aller Fälle im betrachteten Zeitraum) nachträglich auf Veranlassung des externen Dienstleisters angepasst und den Kran-

kenkassen erneut übermittelt. Entweder haben die Krankenkassen die Rechnungskorrekturen direkt akzeptiert oder die neuen Rechnungen erneut einem Prüfverfahren zugeführt.

Direkt anerkannt haben die Krankenkassen Rechnungskorrekturen in 79,40 Prozent der korrigierten Fälle mit einem Anteil von 79,59 Prozent des Volumens der in Rechnung gestellten Nachforderung. Die restlichen Fälle wurden erneut einer MDK-Prüfung unterzogen. Von diesen erkannten die Krankenkassen nach MDK-Prüfung 57,73 Prozent der Rechnungskorrekturen an, das anerkannte Volumen der geprüften Nachforderungen betrug 57,69 Prozent.

Einen relevanten Anteil der nicht anerkannten Fälle haben die Krankenhäuser in das Klageverfahren gegeben, da kein Konsens im Rahmen der fachlichen Diskussion zwischen Leistungserbringer und -finanzierer zu erreichen war. Diesbezüglich gestaltet sich das schriftliche Verfahren gegenüber dem Begehungsverfahren deutlich restrikti-

Ergebnisdarstellung der Befragung

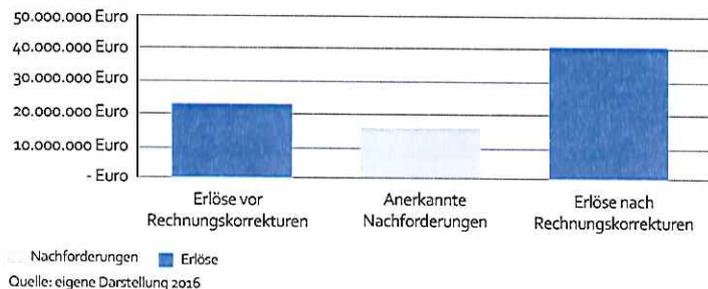


Abb.

ver auf Basis einer vergleichsweise reduzierten Diskussionsmöglichkeit der teilweise detailreichen Rahmenbedingungen zur Einzelfallbeurteilung.

Insgesamt haben die Krankenkassen 91,29 Prozent der vom Krankenhaus getätigten Rechnungskorrekturen anerkannt, dies entspricht 91,36 Prozent des Volumens der Nachforderungen. Es wurden folglich 0,77 Prozent aller Krankenhausrechnungen im Geschäftsjahr 2015 nach Kodierrevision durch die Krankenhäuser korrigiert und von den Krankenkassen anerkannt.

Mittels Revision und anschließender Rechnungskorrektur verzeichneten die Krankenhäuser eine Steigerung des Erlöses der revidierten Fälle in Höhe von durchschnittlich 71,10 Prozent (Abbildung). Alle an der Untersuchung beteiligten Krankenhäuser steigerten somit den Erlös aus den korrigierten Fällen um mindestens die Hälfte bis hin zur Verdopplung.

Die von den Krankenkassen anerkannten Nachforderungen zu der anerkannten Anzahl von Rechnungsanpassungen ins Verhältnis gesetzt, ergibt sich ein durchschnittlicher Mehrerlös von 3.889 Euro je korrigiertem Fall. Zur Extrapolation dieses Ergebnisses auf die Grundgesamtheit der in Deutschland in Krankenhäusern stationär behandelten Fälle wird die Fallzahl der im Jahr 2015 behandelten stationären Patienten von 16.752.396 Fällen zugrunde gelegt.

Der Anteil von 0,77 Prozent aller von den Krankenkassen nach Revision und Korrektur anerkannten Krankenhausrechnungen entspricht, bezogen auf die Grundgesamtheit aller Krankenfäl-

le in Deutschland, einem Korrekturpotenzial in 128.993 Fällen. Diesen Fällen den sich in der Umfrage ergebenden durchschnittlichen Mehrerlös von 3.889 Euro zugrunde gelegt, ergibt sich ein deutschlandweiter Forderungsbetrag in Höhe von etwa 501 Millionen Euro zugunsten der Krankenhäuser.

Unnötigen Prüfaufwand gemeinsam vermeiden

Bei allen geprüften und nicht zulasten des Krankenhauses entschiedenen Fällen müssen die Krankenkassen den Häusern eine Aufwandspauschale von 300 Euro entrichten. Dies entspricht einem Aufwand von etwa 370 Millionen Euro. Falls es im Rahmen von Prüfungen auf primäre Fehlbelegung zu einer Stornierung des stationären Falls kommt, sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten der „alternativen oder korrekten“ Behandlung zu tragen. Von der ursprünglichen stationären Rechnung wird also lediglich die Differenz dieser unterschiedlichen Behandlungskosten abgezogen. In den Prüfverfahren entstehen erhebliche Personal- und Sachaufwendungen aufseiten der Krankenhäuser wie der Krankenkassen und des MDK. Additiv generieren die Gerichtsverfahren infolge strittiger Prüfverfahren enorme Ressourcen, deren ökonomische Sinnhaftigkeit sich demnach äußerst fraglich und mit einer hohen Opportunität gestaltet.

Nach Abzug aller mit den Prüfungen verbundenen Kosten bleibt den gesetzlichen Krankenkassen beziehungsweise der Versichertengemeinschaft – wenn

überhaupt – ein äußerst geringer Rückführungsbetrag erhalten. Krankenhäusern ist eine Outcome-fokussierte Optimierung der aktuellen Prozesse – von der Leistungserfassung der stationären Behandlung über deren Abrechnung gegenüber den Krankenkassen bis hin zur Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkasse beziehungsweise durch den MDK – dringend anzuraten.

Sie sollten die aus den Kodierrevisionen gewonnenen Informationen nutzen, prioritätengerecht ihre Prozesse optimieren und in Personalressourcen, Fort- und Weiterbildung der an der Leistungserfassung bis hin zu der Abrechnung Beteiligten investieren, um legitimes Kodierpotenzial strukturiert und fundiert zu sichern und zu erlösen sowie Prüfungsaufwände künftig zugunsten mikro- sowie makroökonomischer Sinnhaftigkeit zu vermeiden.

Um mittelfristig die Kodierung und somit den Erlös der Krankenhäuser zu sichern sowie das hohe Aufkommen der Krankenkassen-Prüfverfahren zu minimieren, sollten das Abrechnungssystem vereinfacht und gemeinsame Kodierrichtlinien entwickelt werden. Langfristig wäre eine gemeinsam von Krankenhäusern und Krankenkassen getragene Prüfinstanz zu installieren, um unter anderem den Vorwurf der mangelnden Unabhängigkeit im Vorfeld zu unterbinden.

Dr. h. c. Peter Coy
Vertretungsprofessor
Hochschule RheinMain
Bleichstraße 44
65183 Wiesbaden
E-Mail: Peter.Coy@hs-rm.de

Moritz Mulks
Referent Krankenhausfinanzierung und Entgelte
Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.
Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn