



Spitzenverband

| Rechnung | Rechnung | Rechnung | Rechnung | Rechnung |
|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------------|
| Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposten 1.654,81 |
| Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposten 803,55 |
| Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposten 3.521,17 |
| Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposten 64,31 |
| Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposte | Rechnungsposten 987,42 |
| Summe | Summe | Summe | Summe | Summe 7.031,26 |



Argumentationspapier zur Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern



Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes

- zur Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern
- für die Zahlung einer Pauschale falsch abrechnender Krankenhäuser an die Krankenkassen
(symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V)
- mit dem Ziel, die Häufigkeit fehlerhafter Abrechnungen durch Krankenhäuser zu senken

Berlin, 2. November 2010



Worum geht es?

Die Krankenkassen sind zur Prüfung von Krankenhausrechnungen verpflichtet. Verändert sich der Abrechnungsbetrag infolge der Prüfung nicht, muss die Krankenkasse dem Krankenhaus 300 Euro pro Fall zahlen. Wenn das Krankenhaus jedoch einen Fehler gemacht hat und die Abrechnung falsch war, muss es lediglich den zuviel abgerechneten Betrag an die Krankenkassen zurück zahlen. Sonstige negative Folgen, z. B. ein Bußgeld, sind mit der fehlerhaften Abrechnung nicht verbunden.

Die Abrechnungsprüfung der Krankenkassen und deren Medizinischer Dienste ist seit jeher, insbesondere aber nach Einführung der Aufwandspauschale, ein umstrittenes Thema. Bei aller Kritik an Bürokratie und Kontrolle wird oft übersehen, wodurch diese verursacht werden. Nicht die Prüfungen sind das Problem, sondern die fehlerhaften Abrechnungen. Krankenhäuser wie Krankenkassen möchten den Prüfaufwand reduzieren und unnötige Bürokratie abbauen, damit sie ihrem Kerngeschäft nachgehen können. Um eine positive Entwicklung in Gang zu setzen, dürfen Fehlbelegung und Upcoding für Krankenhäuser nicht mehr risikolos sein. Der aktuelle Abrechnungsbetrugsfall der DRK-Kliniken in Berlin zeigt darüber hinaus, dass auch ambulante Leistungen von Krankenhäusern der stringenten Prüfung bedürfen.

Prüfungen durch den Bundesrechnungshof und das Bundesversicherungsamt in den Krankenkassen wie auch eigene Auswertungen der Krankenkassen zeigen unverändert hohe Rückerstattungsquoten. Ein Lerneffekt auf Krankenhausesseite im Sinne rückläufiger Fehlerquoten ist bis dato nicht erkennbar. Auch das jüngst von Herrn Prof. Dr. Kölbel, Universität Bielefeld, erstellte Gutachten zur „Prüfung der Abrechnung von Krankenhausleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ unterstreicht die Notwendigkeit, Steuerungsimpulse im Prüfsystem zu setzen und bestätigt damit die Auffassung des GKV-Spitzenverbandes und seiner Mitglieder.

Die Krankenkassen fordern ergänzende gesetzliche Maßnahmen zur Bekämpfung von Falschabrechnungen. Die Aufwandspauschale muss künftig symmetrisch ausgestaltet werden, so dass ein Anreiz zur sachgerechten Abrechnung entsteht. Krankenhäuser zahlen dann je nachgewiesen fehlerhafter Abrechnung eine Pauschale von 300 Euro an die Krankenkasse.



In aller Kürze

1. Prüfungen von Krankenhausabrechnungen sind unabdingbar.

Prüfungen basieren auf der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen zur Rechnungsprüfung. Abrechnungsprüfungen sind ein Gebot der Wirtschaftlichkeit. Sie werden durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) durchgeführt. Quantität und Qualität der Prüftätigkeit der Kassen unterliegen einer Aufsicht.

2. Die Erfolgsquote spricht unverändert für die Notwendigkeit der Prüfungen.

Die Krankenkassen verzeichnen eine ansteigende Erfolgsquote bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen - im Jahr 2009 in Höhe von durchschnittlich knapp 43 Prozent. Zwei von fünf geprüften Krankenhausrechnungen erweisen sich als fehlerhaft.

3. Stichprobenprüfungen sind ein bislang unzulängliches Prüfinstrument und sollten modifiziert werden.

Das Prüfinstrument ist durch gesetzliche Änderung an die Erfordernisse der Praxis anzupassen, um es zu einem tatsächlich nutzbaren Instrument weiterzuentwickeln.

4. Die Aufwandspauschale ist künftig symmetrisch auszugestalten. Upcoding und Fehlbelegung dürfen nicht risikolos sein.

Die Aufwandspauschale muss bei den Verursachern von Falschabrechnungen ansetzen. Das Problem sind nicht die Prüfungen, sondern falsche Abrechnungen, z. B. durch Upcoding und Fehlbelegungen.



Im Einzelnen

1. Prüfungen von Krankenhausabrechnungen sind unabdingbar.

Prüfungen basieren auf der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen zur Rechnungsprüfung. Abrechnungsprüfungen sind ein Gebot der Wirtschaftlichkeit. Sie werden durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) durchgeführt. Quantität und Qualität der Prüftätigkeit der Kassen unterliegen einer Aufsicht.

Gesetzliche Verpflichtung

Gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Führt die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus nach derzeitiger Gesetzeslage eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.

Als flankierende Maßnahme zur Implementierung des DRG-Systems war das Instrument der Stichprobenprüfung gemäß § 17 c KHG in Form einer Kann-Regelung eingeführt worden. Diese ermöglicht nach mehrheitlicher Entscheidung der Krankenkassen die stichprobenartige Prüfung von Organisationseinheiten, Diagnosen, Prozeduren und Entgelten. Auf Bundesebene haben im Jahr 2004 die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Rahmenempfehlung zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG geschlossen (vgl. Gemeinsame Empfehlungen).

Gebot der Wirtschaftlichkeit

Gemäß § 12 SGB V müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Mängelbehaftete Krankenhausabrechnungen fallen in den Bereich der Unwirtschaftlichkeit, der systematisch entgegenzuwirken ist.

Etwa ein Drittel der versichertenbezogenen Gutachten des MDK bezog sich 2009 auf Krankenhausaufenthalte der Versicherten. Allerdings ist dieser Prüfumfang bei einem Finanzvolumen von fast 56 Mrd. Euro (2009) - etwa ein Drittel der Gesamtausgaben der GKV - als nachvollziehbar und adäquat einzustufen. Die Prüfquote liegt nach Angaben des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) bei 10 bis 12 Prozent aller Krankenhausrechnungen. Die Auffälligkeitsquote



liegt deutlich höher, Vorprüfungen sorgen jedoch für die Begrenzung des Umfangs tatsächlich eingeleiteter MDK-Prüfungen.

Die über die Abrechnungsprüfung erzielbaren Rückerstattungsbeträge liegen nach Aussage des Bundesrechnungshofes bei durchschnittlich 1,75 Prozent der Leistungsausgaben (vgl. Bundesrechnungshof, Mitteilung an den GKV-SV). Bezogen auf das Ausgabevolumen für Krankenhausleistungen ergibt sich damit eine nennenswerte und für die Haushaltssituation der Krankenkassen nicht zu vernachlässigende Finanzgröße. Gerade angesichts von Beitragssatzanhebungen und Zusatzbeiträgen kann keine Krankenkasse eine unzureichende Abrechnungsprüfung und damit den Verzicht auf mögliche Rückerstattungsbeträge in Millionenhöhe verantworten.

Aufsicht stellte Einsparpotenzial fest

Die Ausübung der Prüfverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen unterliegt der Kontrolle des Bundesversicherungsamtes (BVA), des Bundesrechnungshofes oder der Länder. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem gesetzlichen Auftrag zur Abrechnungsprüfung nachkommen. Es ist von einer gesetzlichen Verantwortungskette zu sprechen, die eine leistungsbezogene und wirtschaftliche Verwendung der Versichertenbeiträge gewährleisten soll.

Das BVA als Aufsichtsbehörde der bundesweit agierenden Krankenkassen hatte bereits im Jahr 2006 eine bundesweite DRG-Schwerpunktprüfung durchgeführt, „um auf gesicherter Grundlage Effektivität und Effizienz der Abrechnungsprüfung durch die Kassen beurteilen zu können“. Als Benchmark wurde durch das BVA eine Einsparquote von 2,49 Prozent angegeben, bei deren Erreichung die Krankenkassen weitere Beträge in dreistelliger Millionenhöhe erschließen könnten (vgl. Tätigkeitsbericht BVA 2007). Die Aufsicht forderte die Krankenkassen auf, ihre Prüftätigkeit zu verbessern. In diesem Zusammenhang wurde nachfolgend die Nichtverfolgung von Abrechnungsunregelmäßigkeiten bei geringen Rechnungsbeträgen als rechtswidrig eingestuft, die Änderung der Verfahrensweise umgehend eingefordert und kassenseitig realisiert (vgl. Tätigkeitsbericht BVA 2008). Gleichwohl besteht die Unverhältnismäßigkeit zwischen der Prüfpflicht auch bei niedrigeren Rechnungsbeträgen und drohender Zahlung der Aufwandspauschale für die Krankenkassen fort.

Der Bundesrechnungshof testierte im November 2009, dass Krankenhausabrechnungen häufig falsch sind (30 Prozent der geprüften Rechnungen). Bei 15 geprüften Krankenkassen wurde ein Rückerstattungsvolumen von 234 Mio. Euro festgestellt, welches sich bei Hochrechnung mit der durchschnittlichen Retaxierungsquote von 1,75 Prozent für alle Kassen auf einen Betrag von ca. 850 Mio. Euro summieren würde (vgl. Bundesrechnungshof, Mitteilung an den GKV-SV). Berechnungsgrundlage war zu diesem Zeitpunkt ein Ausgabevolumen von 50 Mrd. Euro, das jedoch aktuell deutlich höher liegt (vgl. Tabellen 1 und 2). Bei Anwendung der festgestellten Retaxierungsquoten auf das aktuelle Ausgabevolumen ergibt sich folgendes Bild:



Tab. 1: Hochrechnung mit durchschnittlicher Retaxierungsquote von 1,75 Prozent:

| Jahr | Ausgabevolumen KH-Behandlung | Potenzielles Rückerstattungsvolumen/ Potenzieller Gesamtschaden |
|------|---------------------------------|--|
| 2009 | 55,9 Mrd. Euro | 0,97 Mrd. Euro |
| 2010 | 58,5 Mrd. Euro (Schätzung) | 1,02 Mrd. Euro |

Tab. 2: Hochrechnung mit Retaxierungsquoten im Sinne von best practice (2,49 Prozent lt. BVA-Tätigkeitsbericht 2007; 2,71 Prozent lt. BRH 11/2009)

| Jahr | Ausgabevolumen KH-Behandlung | Potenzielles Rückerstattungsvolumen/ Potenzieller Gesamtschaden |
|------|---------------------------------|--|
| 2009 | 55,9 Mrd. Euro | 1,39 Mrd. Euro – 1,5 Mrd. Euro |
| 2010 | 58,5 Mrd. Euro (Schätzung) | 1,46 Mrd. Euro – 1,58 Mrd. Euro |

Auf Basis der Hochrechnung mit den im Sinne von best practice festgestellten Retaxierungsquoten ist davon auszugehen, dass dem Krankenversicherungssystem jährlich ein wirtschaftlicher Gesamtschaden von etwa 1,5 Mrd. Euro durch fehlerhafte Krankenhausabrechnungen zugefügt wird. Der wirtschaftliche Gesamtschaden kann nur teilweise – je nach tatsächlicher Rückerstattungsquote der einzelnen Krankenkasse – gemindert werden. Die realen Rückerstattungssummen je Kasse könnten durch eine weitere Intensivierung der Prüftätigkeit der Krankenkassen erhöht werden. Weitaus effektiver ist es jedoch, unnötige Ausgaben und Prüfaufwand zu vermeiden, indem künftig die Reduzierung von Falschabrechnungen in den Blick genommen wird. Hier liegt die Zuständigkeit bei der Politik, es besteht dringender Handlungsbedarf.

Gründe für Falschabrechnungen werden vom Bundesrechnungshof einerseits in fehlenden Anreizen zur korrekten Abrechnung, andererseits im komplexen Abrechnungssystem gesehen. Die stetige Ausdifferenzierung des Systems geht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes im Wesentlichen auf die Wünsche der Leistungserbringer bzw. deren Fachgesellschaften zur differenzierten Leistungsabbildung zurück, kann aber nur bedingt als Ursache mangelhafter Abrechnungen gelten. Es zeigt sich bislang nicht, dass bei Kliniken mit geringerer Indikationsbandbreite und folglich begrenztem DRG-Abrechnungsspektrum grundsätzlich geringere Falschabrechnungsquoten vorzufinden sind. Der häufig von Krankenhäusern bemühte Hinweis, allein die Vielzahl der Codes (ca. 15.000 ICD und ca. 25.000 OPS) induziere die Fehler regelrecht, kann daher nicht gelten. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes spricht dar-



über hinaus die einseitige Fehlerausprägung zu Lasten der Krankenkassen dagegen, die Komplexität des Vergütungssystems für Falschabrechnungen verantwortlich zu machen. Lediglich etwa 3 bis 8 Prozent der durch den MDK geprüften Rechnungen verändern sich zugunsten der Krankenhäuser.

Zudem hat die Fortentwicklung des lernenden DRG-Systems zu einer stark verbesserten Abbildungsgenauigkeit geführt, interpretationsfähige Tatbestände werden systematisch verringert. Dies spiegelt sich bedauerlicherweise nicht in einer Reduzierung fehlerhafter Krankenhausabrechnungen wider, da die interessengeleitete Ausnutzung verbleibender „Grauzonen“ nach wie vor nicht sanktioniert werden kann. Das falsch abrechnende Krankenhaus hat keinen Nachteil als die Richtigstellung der Rechnung zu erwarten.

Letztlich belegt also eine hohe Quote an Falschabrechnungen eher die mangelnde Abrechnungsorganisation einiger Krankenhäuser oder aber deren gezielte Absicht zur Berechnung höherer Beträge. Die Bandbreite an Abrechnungsauffälligkeiten, Trefferquoten und Retaxierungsbeträgen macht deutlich, dass neben korrekt abrechnenden Krankenhäusern auch sogenannte schwarze Schafe mit schlechter Abrechnungsqualität zu finden sind. Die Krankenkassen stellten krankenhausbetragene Falschabrechnungsquoten zwischen etwa 10 Prozent und etwa 65 Prozent der geprüften Fälle fest. Es gibt offensichtlich Krankenhäuser, die quasi immer richtig abrechnen und andere, die in hohem Maße auffällig sind. Die derzeitige gesetzliche Regelung schützt die schwarzen Schafe, nicht die richtig abrechnenden Krankenhäuser.

Zu berücksichtigen ist bei der Beurteilung von MDK-Prüfungen, dass Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V aufgrund von Auffälligkeiten eingeleitet werden, somit also verdachtsabhängig erfolgen. Dies lässt sich sehr gut anhand der kassenindividuellen Bandbreite der krankenhausbetragenen Prüfquoten zwischen 1 und 50 Prozent nachvollziehen. Die Krankenkassen prüfen also nicht ungehemmt, sondern differenzieren sehr wohl nach krankenhausingividuellem Abrechnungsverhalten. So wurden lt. einer dem GKV-Spitzenverband vorliegenden individuellen kassenspezifischen Auswertung in 56 Prozent der Krankenhäuser 0 bis 10 Prozent der abgerechneten Fälle geprüft. 36 Prozent der Krankenhäuser hatten Prüfquoten zwischen 10 und 20 Prozent. Bei lediglich 6 Prozent der Krankenhäuser umfasste die Prüfung 20 bis 30 Prozent der Fälle und ganze 2 Prozent der geprüften Krankenhäuser wiesen Prüfquoten von 30 Prozent und mehr auf.

Neben der unmittelbaren Korrektur der fehlerhaften Abrechnungsbeträge und den damit verbundenen monetären Auswirkungen leistet die Abrechnungsprüfung der Krankenkassen einen Beitrag zur sachgerechten Abbildung der Krankenhausleistungen im DRG-System durch korrekte Kodierung – ein weiterer Grund für den Sinn und die Notwendigkeit von Abrechnungsprüfungen.



2. Die Erfolgsquote spricht unverändert für die Notwendigkeit der Prüfungen.

Die Krankenkassen verzeichnen eine ansteigende Erfolgsquote bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen - im Jahr 2009 in Höhe von durchschnittlich knapp 43 Prozent. Zwei von fünf geprüften Krankenhausrechnungen erweisen sich als fehlerhaft.

Zielgerichtete Abrechnungsprüfung

Die Prüfquote bei Krankenhausabrechnungen hat sich seit Einführung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V nicht verringert. Sie bewegt sich seit Anwendung des DRG-Systems in einem Bereich zwischen 10 und 12 Prozent. Ansteigend entwickelte sich jedoch in den letzten Jahren die Erfolgsquote der MDK-Prüfungen. Die für 2009 zunächst vorläufig ermittelte Quote ist nach abschließender Mitteilung des MDS von 40 Prozent nochmals auf knapp 43 Prozent gestiegen. Auch Umfragen unter Krankenhäusern belegen einen Anstieg der Rechnungsänderungen zugunsten der Krankenkassen von durchschnittlich 36 Prozent im Jahr 2007 auf durchschnittlich 43 Prozent im Jahr 2009 (vgl. medinfoweb.de). 90 Prozent der Prüffälle werden ohne Widerspruch des Krankenhauses abgeschlossen. Eine Veranlassung, die Prüfquote zu verringern, lässt sich aus der ansteigenden Erfolgsquote nicht ableiten. Nur eine deutlich verbesserte Abrechnungsqualität auf Krankenseite ließe eine Reduzierung des Prüfumfanges und damit die auf beiden Seiten willkommene Aufwandsreduzierung zu.

Überdurchschnittliche Erfolgsquoten in Höhe von ca. 50 Prozent der geprüften Fälle wurden beispielsweise durch die MDK-Prüfungen der AOK Hessen erzielt (vgl. Malzahn/Handschuh in Magazin Gesundheit und Gesellschaft 06/2009). Auch im IKK-Bereich erwiesen sich im Jahr 2009 bis zu 57 Prozent der geprüften Krankenhausabrechnungen als falsch. Die jährliche Retaxierungsquote bewegt sich dann natürlich einmal mehr in Größenordnungen, die man wohl kaum als unbedeutend oder für die Krankenkasse verzichtbar einstufen kann. Einen Spitzenwert von 5 Prozent ihres Ausgabeolumens konnte im Jahr 2009 eine Krankenkasse durch zielgerichtete Prüfungen zurückholen. Sicherlich ist dieser Wert nicht repräsentativ, dennoch zeigt er einmal mehr erschreckend deutlich, um welche Größenordnungen es hier gehen kann.

Bei zu hoch abgerechneten Beträgen handelt es sich um Geld, das den Krankenkassen und letztlich den Versicherten entzogen wird. Wenngleich im Durchschnitt „nur“ etwa 440 Euro pro geprüftem Fall zugunsten der Krankenkassen rückerstattet werden müssen (vgl. Thieme/Schikowski in KU Gesundheitsmanagement 11/2009), so sind doch in diversen Fällen erheblich höhere Beträge durch Falschabrechnung strittig. Pro falsch abgerechneten Fall ist im Schnitt ein Betrag von 1.100 Euro zugunsten der Krankenkassen fällig.



Fälle mit primärer Fehlbelegung (unnötige Krankenhausaufenthalte) hätten ambulant behandelt werden können und zeichnen sich oft durch sehr kurze Verweildauern aus. Resultierend aus dem Unterschied zwischen stationärer und ambulanter Operation ergeben sich hier Rückzahlungsbeträge von ca. 1.000 Euro je Fall (z.B. bei Venenstripping). Operationen, die im Vertrag zum ambulanten Operieren eindeutig als ambulant erbringbar eingestuft werden, wie z.B. das Karpaltunnelsyndrom, fallen schnell in der MDK-Prüfung auf. Aber auch Operationen, die von Krankenhäusern erbracht werden, die die Mindestmengenregelungen für Knie-TEP nicht erfüllen, stellen Fehlbelegungen dar und führen zu hohen Erstattungsbeträgen.

Die Annahme, in einem pauschalen Vergütungssystem sei die Verweildauer nicht von Belang und könne deshalb kein Prüfgrund mehr sein, geht fehl. Verweildauern sind vergütungsrelevant, sei es bei Zu- oder Abschlägen infolge Über- oder Unterschreitung von unterer und oberer Grenzverweildauer oder anderen tagesbezogenen Entgelten (teilstationäre Behandlung, Psychiatrie, besondere Einrichtungen).

Bei sekundärer Fehlbelegung (notwendige, aber zu lange Krankenhausaufenthalte) geht es nicht nur um einige wenige Belegungstage, sondern wie im Beispiel eines Patienten mit Diabetes, der 10 Tage länger als notwendig im Krankenhaus behandelt wurde, um einen Betrag von 2.000 Euro, da die Zuschläge für die Tage oberhalb der oberen Grenzverweildauer nach entsprechender Korrektur entfallen. Ein Rückzahlungsbetrag von mehr als 10.000 Euro ergab sich in einem Fall mit zweifacher Bypass-Operation mit Herzklappenersatz, nachdem vom Krankenhaus zugestanden wurde, dass 10 Tage des mehrwöchigen stationären Aufenthaltes bei zeitnaher Durchführung des Eingriffs nicht notwendig gewesen wären. Die Ausdehnung des Krankenhaufalles bis zur Erreichung der unteren Grenzverweildauer dient teilweise der Vermeidung von Abschlägen, obwohl es sich um Tagesfälle handelt. Die Streichung präoperativer Verweildauertage auf Basis von MDK-Gutachten ist keine Seltenheit.

Kodierfehler bilden die dritte große Kategorie fehlerhafter Abrechnungen. In diesen Fällen führt die nicht sachgerechte Kodierung von Diagnosen oder Prozeduren zu überhöhten Rechnungsbeträgen. Typische Beispiele hierfür sind:

- die unkorrekte Kodierung zugunsten schweregraderhöhender Nebendiagnosen, so dass aus einer (asymptomatischen) Harnwegsinfektion eine akute Zystitis wird,
- der Austausch von Haupt- und Nebendiagnose, der ggf. aus ärztlicher Sicht nachvollziehbar ist, aber dennoch im Widerspruch zu den Kodierrichtlinien zu Haupt- und Nebendiagnose steht,
- die nicht nachvollziehbare Angabe bzw. Ausprägung einer Nebendiagnose, die z.B. eine Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung umklassifiziert in Beschwerden bei bereits leichter Belastung oder aber in



anderen Fällen die Angabe einer hypertensiven Krise, obwohl der Blutdruck nicht krisenhaft erhöht ist,

- die Kodierung zusätzlicher Prozeduren, z.B. zusätzliche Angabe des unspezifischen Kodes „Andere Operationen an den Gallengängen“ bei einer laut OP-Bericht regelhaft verlaufenden endoskopischen Gallenblasenentfernung (Differenzbetrag ca. 5.500 Euro) oder
- die Kodierung von Nebendiagnosen, obwohl kein Ressourcenverbrauch ausgelöst wurde.

Ungerechtfertigte Erlössteigerungen fallen bei Kodierfehlern oft besonders hoch aus. Der Klassiker für fehlerhafte Abrechnungen sind Krankenhausfälle mit Beatmungsstunden und intensivmedizinische Komplexpauschalen. So zeigte in einem Fall die Prüfung der angegebenen 251 Beatmungsstunden, dass deutlich weniger Stunden zu kodieren waren, wodurch sich nach Korrektur der Fallpauschale von A11D auf A13D ein Rückzahlungsbetrag von über 10.000 Euro ergab. Um ganze 106.000 Euro musste ein Krankenhaus in einem ähnlichen Fall den Rechnungsbetrag korrigieren, der aufgrund falsch angegebener Beatmungsstunden zustande gekommen war (vgl. dialoQ-Magazin 05/2009). Bei einem Krankenhausfall mit Abrechnung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung zeigte sich, dass im betreffenden Fall die Untergrenze von 553 Aufwandpunkten nicht erreicht wurde, welche zur Kodierung der Komplexbehandlung berechtigt hätte. Der an die Krankenkasse zu erstattende Betrag belief sich auf über 26.000 Euro.

Auch Zusatzentgelte fallen durch hohe Rückzahlungsbeträge infolge upcoding auf. In einem Fall aus jüngerer Zeit wurden Entgelte des Vorjahres für Zytostatika-Implantate für einen onkologischen Patienten zur Abrechnung gebracht. Im Vorjahr war jedes einzelne Implantat als Dosisklasse zu verschlüsseln, wogegen aktuell eine Aggregation der Implantate pro Dosisklasse zu berücksichtigen ist. Die Berichtigung auf das aktuell abzurechnende Entgelt bewirkte eine Rückzahlung von ca. 37.000 Euro. In einem weiteren Fall wurden 128 Thrombozytenkonzentrate in Rechnung gestellt. Die Prüfung ergab, dass nicht nur - wie in vielen anderen Fällen - eine zu hohe Anzahl dieser Konzentrate abgerechnet wurde, sondern gar kein Thrombozytenkonzentrat verabreicht worden war. Auch hier reduzierte sich der Rechnungsbetrag um mehr als 30.000 Euro.

Die Anteile der einzelnen Prüfkategorien fallen je Krankenkasse unterschiedlich aus und weisen im Jahr 2009 folgende Bandbreiten auf:



Tab. 3 Anteil der Prüfgründe an den MDK-Prüfungen

| Prüfgründe | Anteil an Prüfungen |
|------------------------|-------------------------|
| Primäre Fehlbelegung | 5 Prozent – 17 Prozent |
| Sekundäre Fehlbelegung | 36 Prozent – 52 Prozent |
| Kodierung | 16 Prozent – 41 Prozent |

Die Grenzen zwischen den Prüfgründen verlaufen fließend, da beispielsweise die Prüfung der Kodierung Effekte im Sinne sekundärer Fehlbelegung bewirken kann. Wurden ungerechtfertigt Schweregrad erhöhende Nebendiagnosen kodiert, kann die Korrektur der DRG durchaus mit veränderten Werten bei mittlerer Verweildauer sowie oberer und unterer Grenzverweildauer einhergehen, d. h. auch eine Reduzierung von Belegungstagen zur Folge haben. Auch kann der Wegfall komplizierender Diagnosen die Möglichkeit der ambulanten Leistungserbringung neu ins Blickfeld rücken.

Von Krankenhausvertretern wird die Untergliederung in einzelne Prüfgründe gern genutzt, um deren Bedeutung zu relativieren (vgl. Fiori u.a. in das Krankenhaus, 1.2010). Letztlich ändert der Prüfgrund im Einzelnen jedoch nichts am Fakt der Falschabrechnung.

Die Ursachenanalyse für fehlerhafte Abrechnungen sollte vielmehr Anlass zu krankenhausinternen Verbesserungsprozessen sein, um fehlerhafte Abrechnungen zu vermeiden. Selbst wenn eine Rechnung formal richtig gestellt wird, es sich aber um einen Fall primärer Fehlbelegung handelt, kann nicht von richtiger Abrechnung gesprochen werden. Gemäß § 39 SGB V hat der behandelnde Krankenhausarzt darüber zu entscheiden, ob der Versicherte zur Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen werden muss. Sehr wohl ist im Folgenden durch die Krankenkassen zu prüfen, ob die Leistung notwendigerweise stationär zu erbringen war. Dies folgt der Logik des Gesetzgebers, der ambulanten Leistungserbringung den Vorrang zu geben.

Wenn bei den geprüften Fällen jede zweite Rechnung zugunsten der Kasse korrigiert werden muss, wie im Fall der AOK Hessen, kann zunächst auch dahingestellt bleiben, ob fehlerhafte Rechnungen unabsichtlich oder gezielt zustande kommen. Sie sind schlechthin falsch. Die ansteigende Erfolgsquote der Prüfungen spricht also für die Prüfnotwendigkeit und belegt die zunehmend zielgerichtete Fallauswahl der Krankenkassen. Selbst eine sinkende bzw. äußerst niedrige Quote von Falschabrechnungen kann nicht zu einer dauerhaften Freistellung der Krankenhäuser von Prüfungen führen, wohl aber zu einer reduzierten Prüfhäufigkeit.



3. Stichprobenprüfungen sind ein bislang unzulängliches Prüfinstrument und sollten modifiziert werden.

Das Prüfinstrument ist durch gesetzliche Änderung an die Erfordernisse der Praxis anzupassen, um es zu einem tatsächlich nutzbaren Instrument weiterzuentwickeln.

Häufig wird den Kassen vorgeworfen, das Mittel der Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG nicht ausreichend zu nutzen (2006 bei 3 Prozent der Krankenhäuser, 2008 bei 7,6 Prozent der Krankenhäuser, vgl. Blum u.a. in das Krankenhaus 02/2009). Auch der Bundesrechnungshof konstatierte eine geringe Anzahl von Stichprobenprüfungen (seit 2005 zwischen 14 und 38 jährlich, begrenzt auf knapp die Hälfte der Bundesländer).

Im Bereich der Stichprobenprüfung gibt es bereits eine Bußgeldregelung für Falschabrechnungen. Zumindest für grob fahrlässig zu hoch gestellte Abrechnungen sieht § 17 Abs. 3 Satz 4 KHG vor, dass zusätzlich zum Differenzbetrag ein Betrag in derselben Höhe an die Krankenkasse zu erstatten ist. „Offenbar ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass im Krankenhausbereich eine Tendenz dazu besteht, Fallpauschalen nach dem DRG-System höher zu bewerten, als dies der tatsächliche Krankheitsverlauf zulässt ...“. (vgl. Rieger u.a. in Heidelberger Kommentar, 2007)

Dennoch findet die Stichprobenprüfung aufgrund diverser Hemmnisse - resultierend aus der gesetzlichen Regelung sowie aus der Kompromisslösung im Rahmen der Empfehlung auf Bundesebene - kaum Anwendung. Dementsprechend läuft auch die Bußgeldregelung ins Leere. Für die in der Tat geringe Nutzung dieses Instrumentes gibt es nachvollziehbare Gründe. Nach wie vor bietet die Stichprobenprüfung keine vergleichbaren Erfolgchancen für die Krankenkassen. Die § 17 c-Prüfungen erfassen nicht alle für die Abrechnungsprüfung relevanten Sachverhalte. Insbesondere Fragen der Fallzusammenführung nach den jeweiligen Abrechnungsregeln können nicht geprüft werden, aber auch die untere Grenzverweildauer ist kein Prüfgegenstand. Bei Stichprobenprüfungen nach § 17 c KHG werden die bereits nach § 275 SGB V geprüften Fälle aus der gezogenen Stichprobe ausgeschlossen.

Zudem führt das Prüfergebnis nicht zu einem unmittelbaren Nutzen für die prüfenden Krankenkassen, denn § 17 c Abs. 3 KHG zielt gerade darauf ab, Erstattungen in jedem Einzelfall zu vermeiden. Vorrang hat ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren, das zwischen den Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren ist. Im Streitfall entscheidet der Schlichtungsausschuss. Gerade anhand der Stichprobenprüfung wird der Widerspruch zwischen kollektiv zu schließenden Verträgen einerseits und der zunehmend wettbewerblichen Orientierung der Krankenkassen andererseits deutlich. Die Einleitung der Stichprobenprüfung setzt eine mehrheitliche Entscheidung miteinander konkurrierender Krankenkassen voraus. Eine einzelne Krankenkasse hat somit nur im Rahmen der Einzelfallprüfung alleinige Entscheidungsfreiheit.



Bis zur Änderung durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz im März 2009 war die Verrechnung der Prüfergebnisse aus der § 17 c-Prüfung über das Erlösbudget bzw. die Fallpauschalen des Folgejahres vorgesehen. Die nun mögliche Erstattung im Einzelfall gegenüber der zahlungspflichtigen Kasse wird jedoch ebenfalls an eine Vereinbarung der Vertragsparteien vor Ort geknüpft. Hochrechnungen des Prüfergebnisses sind laut § 17 c KHG nicht vorgesehen und gemäß der 2004 auf Bundesebene abgeschlossenen Empfehlung zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG unzulässig. Prüfungen desselben Prüfgegenstandes sind im Regelfall unabhängig vom Prüfergebnis erst nach drei Jahren erneut möglich. Zudem wäre die Empfehlung zwischenzeitlich auch einer Überarbeitung hinsichtlich des zugrunde gelegten Kriterienkataloges für Erwachsene zu unterziehen. Die angekündigten pädiatrischen Kriterien liegen bis dato nicht vor.

Der Ruf der Krankenhäuser nach vermehrter Stichprobenprüfung - anstelle der Einzelfallprüfungen - ist ein Ruf nach einem stumpfen Schwert. Das Einigungspotenzial mit der DKG für eine Empfehlung mit mehr Stringenz in der Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG ist als gering einzustufen. Auf Landesebene ist der Schlichtungsausschuss nach § 17 Abs. 4 KHG mit der Vereinbarung des Näheren zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG beauftragt. Jedoch ist über die Empfehlung auf Bundesebene hinaus keine weitergehende Einigung im Sinne eines stringenten Prüfverfahrens zu erwarten.

Anpassung des Instrumentes Stichprobenprüfung

Eine umfangreichere Nutzung der Stichprobenprüfungen erfordert aus Sicht der Krankenkassen eine Anpassung der gesetzlichen Regelungen mit dem Ziel der besseren Handhabbarkeit vor Ort (insbesondere Möglichkeiten zur Hochrechnung), würde aber auch eine Erweiterung der Prüfgründe zwingend voraussetzen. Zugleich wären die derzeitigen Sanktionsmöglichkeiten in § 17 c Absatz 3 Satz 4 KHG ohne den Nachweis der groben Fahrlässigkeit auszugestalten. In der Praxis sind die Grenzen zwischen grober Fahrlässigkeit und Betrug fließend, so dass die Sanktion in Form der Rückzahlung des falsch abgerechneten Betrages plus einen Betrag in der gleichen Höhe nicht greift. Die Beweispflicht der groben Fahrlässigkeit des Krankenhauses obliegt den Krankenkassen. Eine Einigung mit dem betreffenden Krankenhaus wäre auch hier zwingend zu suchen und würde ggf. in eine Anrufung des Schlichtungsausschusses münden.

Die gesetzliche Neuregelung der vorgenannten Punkte wäre ein Schritt in Richtung Verfahrensvereinfachung. Langwierige Einigungsprozesse könnten vermieden werden, die zum Teil mehrfache Befassung mit den Ergebnissen von Stichprobenprüfungen durch Schlichtungsausschüsse nach § 17 c Abs. 4 KHG, Schiedsstellen nach



§ 18 a Abs. 1 KHG oder aber Sozialgerichte würde reduziert. So würde auch für die Stichprobenprüfungen nach § 17 c KHG ein Bürokratieabbau möglich.

Bundesversicherungsamt wie auch Bundesrechnungshof führen die geringe Nutzung des Instrumentes Stichprobenprüfung durch die Krankenkassen über die vorgenannten Gründe hinaus auf wettbewerbliche Gründe zurück, die eine Zusammenarbeit der Krankenkassen in diesem Bereich nachvollziehbar erschweren. Angesichts der zu erwartenden Zunahme selektivvertraglicher Versorgung wird eine gemeinsame Nutzung des Instrumentes Stichprobenprüfung in der aktuellen Fassung des § 17 c KHG immer unwahrscheinlicher werden. Die Krankenkassen sehen daher als eine Lösungsmöglichkeit die Durchführung der Stichprobenprüfung nicht durch einzelne Kassen, wohl aber durch den Zusammenschluss mehrerer Kassen.

Kriterienbasierte Prüfung

Als Alternative zur Anpassung des § 17 c KHG ist eine kriterienbasierte Prüfung in Erwägung zu ziehen, die die Stichprobenprüfung ablöst. Diese Form der Einzelfallprüfung würde bei gegebenem Anlass z. B. eine Komplettprüfung einer Fachabteilung oder eines Leistungsbereiches durch die Krankenkassen erlauben. Zeichnen sich in Einzelfallprüfungen bestimmte Fallkonstellationen ab, die sich als problematisch erweisen, bilden diese den Anlass für eine kriterienbasierte Prüfung. Angestoßen durch eine Krankenkasse, könnte eine solche Prüfung - nach entsprechender Information der Kassen untereinander - je nach Bedarf allein oder gemeinsam durch mehrere Kassen initiiert und der MDK mit der Durchführung beauftragt werden. In diesen Fällen erfolgt also eine zielgerichtete Prüfung, die gegenüber der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung den Vorteil hat, auf erkannte Problemstellungen zu fokussieren.



4. Die Aufwandspauschale ist künftig symmetrisch auszugestalten. Upcoding und Fehlbelegung dürfen nicht risikolos sein.

Die Aufwandspauschale muss bei den Verursachern von Falschabrechnungen ansetzen. Das Problem sind nicht die Prüfungen, sondern falsche Abrechnungen, z. B. durch Upcoding und Fehlbelegungen.

Die asymmetrische Aufwandspauschale

Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zu Lasten der Krankenkassen eingeführte Aufwandspauschale war im März 2009 durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz von anfänglichen 100 Euro auf 300 Euro angehoben worden, ohne dass dies der tatsächliche Aufwand auf Krankenseite gerechtfertigt hätte. Zu den Rechtsstreitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen traten nun noch Rechtsstreitigkeiten über die Fälligkeit der Aufwandspauschale hinzu.

Die Rechtsprechung folgte zunächst noch der Auffassung, dass allein das Prüfergebn über die Fälligkeit der Aufwandspauschale entscheide. Die Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 22.06.2010 (vgl. BSG, B 1 KR 1/10 R) belegt jedoch, dass die Verursachung der Prüfung durch fehlerhafte Abrechnungen eines Krankenhauses (in diesem Fall durch die Fehlkodierung der Hauptdiagnose) trotz unverändertem Rechnungsbetrag keineswegs die Aufwandspauschale zu Lasten der Krankenkasse auslöst. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass § 275 Abs. 1c SGB V einer einschränkenden Auslegung bedarf, da die den Krankenhäusern im Prüfverfahren entstehenden Kosten als Teil der Leistungserbringung selbst bereits in die Vergütung der erbrachten Leistungen eingepreist sind.

Der Gesetzgeber hatte mit Einführung der Aufwandspauschale die zielorientierte und zügige Durchführung von Einzelfallprüfungen beabsichtigt. Aufwand infolge der Abrechnungsprüfung entsteht allerdings sowohl bei Krankenkassen als auch bei Krankenhäusern. Ausgelöst wird dieser jedoch ursächlich durch fehlerhafte Abrechnungen, erst in zweiter Linie durch die Prüfungen selbst. Der gewünschte Bürokratieabbau kann also nur dann spürbar realisiert werden, wenn die Entstehung fehlerhafter Rechnungen minimiert wird, indem entsprechende Mechanismen greifen. D. h. ein Anreizsystem muss grundsätzlich dort ansetzen, wo fehlerhafte Abrechnungen entstehen, also bei den Krankenhäusern, nicht bei den Krankenkassen.

Die derzeitige gesetzliche Regelung der Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V beinhaltet jedoch für Fälle von Falschabrechnung keine Sanktionsmöglichkeiten gegenüber Krankenhäusern. Bei nachgewiesenen Unregelmäßigkeiten erfolgt lediglich die Korrektur des Rechnungsbetrages. Eine Sanktionierung gegenüber dem Krankenhaus ist – selbst bei wiederholter Fehlkodierung – nicht vorgesehen. Für die Krankenhäuser stellt damit die Korrektur des Rechnungsbetrages auf das rechte Maß die einzige Konsequenz dar. Die einseitige Implementierung einer Aufwandspauschale zu Lasten der Kassen behindert sogar teilweise die Klärung von Abrechnungsproblemen zwi-



schen Krankenhäusern und Krankenkassen, da sie zu gegensätzlichen Handlungstendenzen führt. Für Krankenkassen wird eine direkte Klärung mit dem Krankenhaus ohne MDK-Beteiligung attraktiver, da die Erhebung der Aufwandspauschale nicht droht, während Krankenhäuser zunehmend die Beteiligung des MDK im Klärungsprozess einfordern, um die Hemmschwelle der Krankenkassen zu erhöhen.

Notwendigkeit eines Anreizes zur Reduzierung fehlerhafter Abrechnungen

Da bereits geringfügige Veränderungen in der Haupt- und Nebendiagnose zu höheren Vergütungen führen können, sind die Krankenhäuser daran interessiert, ihre Abrechnungen erlössteigernd zu optimieren. Die Häufigkeit entdeckter Falschabrechnungen zu Lasten der Krankenkassen lässt den Rückschluss zu, dass Krankenhäuser bisweilen zu missbräuchlichen Mitteln greifen (vgl. Kölbel, NStZ 6/2009). Abrechnungen, die sich nach MDK-Prüfung zugunsten des Krankenhauses verändern, bilden die Ausnahme.

Das derzeitige Abrechnungs- und Prüfsystem wird durch Prof. Kölbel in dem Gutachten „Prüfung der Abrechnung von Krankenhausleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ als „deliktsförderliche Tatgelegenheitsstruktur“ beschrieben: „In einem allgemeinen kriminologischen Kontext ist damit ein dauerhafter, relativ stabiler, situativer Handlungsrahmen gegeben, der das Auftreten regelwidrigen Verhaltens durch seine spezifischen Bedingungen begünstigt ...“ Konkret bedeutet dies im hier interessierenden Zusammenhang, dass „... nachlässigkeitsbedingte und intentionale Falschabrechnungen ... durch die eingeschränkte Wahrscheinlichkeit ihrer Entdeckung und vor allem durch ihre (nahezu garantierte) Nachteilslosigkeit gefördert werden“.

Sich hieraus ableitende Handlungsempfehlungen zur Prüfung der Abrechnung von Krankenhausbehandlungen zielen nach Prof. Kölbel in zwei Richtungen. Zum einen soll die Treffsicherheit der Prüfungen erhöht werden. Dieser Weg wird durch die Krankenkassen und den MDK bereits erfolgreich beschritten. Ein Eingreifen des Gesetzgebers ist diesbezüglich nicht erforderlich. Zum anderen sollen Steuerungsimpulse gesetzt werden, die die Krankenhäuser dazu bringen, „interne Selbstüberprüfungs- und Selbstkontrollformen zu implementieren“. Hier ist der Gesetzgeber allerdings aufgefordert zu handeln und einen entsprechenden Anreiz zu setzen.

Die symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale kann in unterschiedlicher Ausprägung umgesetzt werden. Neben einer Aufwandspauschale in gleicher Höhe wie zu Lasten der Krankenkassen wäre eine denkbare Variante, die Höhe der Aufwandspauschale für Krankenhäuser in Abhängigkeit von der Schadenssumme zu ermitteln. Ähnlich wie bei Zuwiderhandlungen gegen Zollbestimmungen, bei denen ein Zuschlag in Höhe des hinterzogenen Abgabebetrages fällig ist, würde auf diese Weise eine Kopplung an den falsch abgerechneten Betrag gewährleistet und künftig die Krankenhäuser motivieren, die Höhe der strittigen Abrechnungsbeträge mög-



lichst gering zu halten. Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Höhe der Aufwandspauschale für Krankenhäuser ist die Aufwandspauschale fällig zu stellen,

- wenn sich infolge der Prüfung der Rechnungsbetrag zugunsten der Krankenkassen verändert oder
- wenn sich infolge der Prüfung der Rechnungsbetrag nicht zugunsten der Krankenkasse verändert, die Prüfung jedoch durch falsche Angaben (Diagnosen und/oder Prozeduren) des Krankenhauses ausgelöst wurde.

Die Anbindung der Aufwandspauschale zu Lasten der Krankenhäuser an Fälle der fehlerhaften Datenübermittlung ist geboten, da bislang eine Sanktionierung der fehlerhaften Datenübermittlung nicht gegeben ist. Prüfexperten der Krankenkassen gehen davon aus, dass mindestens 20 Prozent der Abrechnungsprüfungen durch fehlerbehaftete Datenlieferungen der Krankenhäuser ausgelöst werden.

Strafrechtliche Verfolgung von Abrechnungsmanipulation

Die Krankenkassen sind gemäß § 197 a Abs. 1 SGB V verpflichtet, Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten. Wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht einer strafbaren Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte, sollen die Krankenkassen gemäß § 197 a Abs. 4 SGB V unverzüglich die Staatsanwaltschaft unterrichten.

Gegner der Abrechnungsprüfungen reklamieren häufig, dass Strafanzeigen so gut wie nie gestellt werden und schlussfolgern kurzerhand, es gäbe keine Abrechnungsmanipulationen in Krankenhäusern. In der Tat kommt es im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens eher selten zu strafrechtlicher Verfolgung. Ursache hierfür sind allerdings nicht die fehlenden Hinweise auf Abrechnungsmanipulationen, sondern die überwiegend nach wie vor erfolgreiche Abklärung der Fragestellungen zwischen Krankenkasse, MDK und Krankenhaus im Rahmen des seit Jahren etablierten Prüfverfahrens. Die strafrechtliche Verfolgung von Abrechnungsfehlern ist keine Vorzugsvariante der Krankenkassen, da entsprechend langwierig und wenig effektiv im Ergebnis. In Einzelfällen kommen Abrechnungsmanipulationen aber durchaus zur Anzeige. Im Rahmen des aktuellen Forschungsprojektes „Abrechnungsmanipulationen im stationären Bereich“ durch Herrn Prof. Kölbel durchgeführte Rückfragen bei Stellen für Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Landeskriminalämtern und Staatsanwaltschaften lassen auf etwa 20 bis 40 anhängige Verfahren schließen. Nach Erfahrungen der Krankenkassen genügt jedoch teils bereits die Ankündigung der beabsichtigten Anzeigenerstattung, um das betreffende Krankenhaus zu einer dauerhaften Korrektur des fehlerhaften Abrechnungsverhaltens zu bewegen.



Der GKV-Spitzenverband fordert die symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V, so dass bei nachgewiesenen Abrechnungsmängeln das Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro je Fall an die Krankenkassen zahlen muss. Damit würde nicht nur Risikogleichheit für die am Prüfverfahren Beteiligten geschaffen, sondern insbesondere ein Anreiz für die Krankenhäuser gesetzt, fehlerhafte Abrechnungen künftig zu vermeiden. Insbesondere müssen die Krankenhäuser zur fehlerfreien Angabe der vergütungsrelevanten sowie im Interesse von Plausibilitätsprüfungen erforderlichen Diagnose- und Prozedurencodes verpflichtet werden, um zur Vermeidung unnötiger Nachfragen der Krankenkassen beizutragen.



Quellen:

Blum, K., Offermanns, M., Perner, P.: MDK-Prüfungen – mehr als nur ein Einzelfall, das Krankenhaus 02/2009, S. 115

Bundesrechnungshof, Mitteilung an den GKV-Spitzenverband über die Prüfung von Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen v. 20.11.2009 (unveröffentlicht)

Bundessozialgericht Urteil vom 22.06.2010, B 1 KR 1/10 R

dialoQ-Magazin, casusQuo Ausgabe 05/2009,
(<http://www.casusquo.de/CustomData/Media/Document/918.pdf>)

Fiori, W., Bunzemeier, H., Brüning, K., Helling, J.: Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser – Tatsache oder Fiktion, das Krankenhaus, 1.2010, S. 17 ff.

Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG
(http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_150404_661.pdf)

Kölbl, R.: Abrechnungsbetrug im Krankenhaus, Neue Zeitschrift für Strafrecht Heft 6 2009, S. 314 ff.

Kölbl, R., Universität Bielefeld: Gutachten für den AOK-Bundesverband zur Fragestellung: „Die Prüfung der Abrechnung von Krankenhausleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bewertung aus kriminologischer Perspektive“ (noch unveröffentlicht)

Malzahn, J., Handschuh, Th.: Zahlen für den Rechnungsscheck?, Magazin Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 6/09, 12. Jahrgang

medinfoweb.de: „MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern Bestandsaufnahme 2007 - Trend 2008“

medinfoweb.de: „MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern - Bestandsaufnahme 2009 & Trend 2010“

Rieger, H.-J., Dahm, F.-J., Steinhilper, G.: Heidelberger Kommentar, Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Aktualisierung Mai 2007, S. 27

Tätigkeitsbericht BVA 2007, S. 100 ff.
(http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046648/DE/Publikationen/ArchivderBerichte/TB_2007,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/TB_2007.pdf)

Tätigkeitsbericht BVA 2008, S. 130
(http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046648/DE/Publikationen/Taetigkeitsbericht/TB_2008,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/TB_2008.pdf)

Thieme, M., Schikowski, J.: Ergebnisse der dritten Umfrage: MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern, KU Gesundheitsmanagement 11/2009, S. 74



Hinweis: Daten und Fallbeispiele ohne gesonderte Quellenangabe wurden durch eine Arbeitsgruppe des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung von MDS, Krankenkassen bzw. deren Verbände und/oder Abrechnungszentren erhoben.

