

## **Gutachten für den AOK-Bundesverband**

zur Fragestellung:

### **„Die Prüfung der Abrechnungen von Krankenhausleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bewertung aus kriminologischer Perspektive“**

#### **1. Fragestellung des Gutachtens**

Für die Vergütung von Leistungen, die Krankenhäuser im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, ist ein eigenständiges Entgelt-, Abrechnungs- und Abrechnungsprüfungssystem vorgesehen. Die Frage, ob und in welchem Maße es innerhalb dieses Systems zu Fehlentwicklungen kommt und ob deshalb eine partielle Neugestaltung angezeigt ist, bildet den Gegenstand einer kontroversen Debatte. Zu diesen Problemen wird hier aus einer dezidiert kriminologischen Warte gutachterlich Stellung genommen. Jener speziellen Perspektive gemäß konzentriert sich dies auf Fragen nach:

- dem Auftreten bzw. der Verbreitung von irregulären Abrechnungsformen, darunter namentlich von deviantem bzw. manipulativem Abrechnungsverhalten;
- den manipulationsförderlichen oder -hemmenden Wirkungen, die das Prüfungssystem hierbei gegebenenfalls entwickelt,
- und den deshalb womöglich angezeigten, neuen präventiven oder repressiven Maßnahmen.

## 2. Strukturmerkmale des Abrechnungs- und Prüfsystems

Wird ein gesetzlich Versicherter in/von einer Klinik behandelt, steht dieser Einrichtung eine Vergütung von Seiten der jeweiligen Krankenkasse zu (§ 109 IV 3 SGB V i.V.m. § 7 I Nr. 1 KHEntgG und den zugehörigen Verträgen). Das Gesetz legt hierbei zum Einen fest, dass die fraglichen Maßnahmen medizinisch indiziert und wirtschaftlich sein müssen (§§ 12 I, 70 I SGB V), und es normiert zum Anderen die Details der Vergütung<sup>1</sup>. Abgerechnet werden danach ganze Leistungskomplexe, wobei dies seit 2003 nicht mehr durch tages-, sondern erkankungsbezogene Pauschalen geschieht („Diagnosis Related Groups“ bzw. „DRGs“)<sup>2</sup>. Die komplizierte, fallkonkrete Pauschalen-Bestimmung erfolgt automatisiert anhand einiger zentraler Parameter (z.B. Diagnosen, Prozeduren, Komplikationen usw.), die die Mitarbeiter des Krankenhauses<sup>3</sup> dafür kodiert in eine Software einbringen müssen. Nach Vorlage der DRG und grundlegender Falldaten (§ 301 SGB V) löst die Kasse sodann die festgelegte Vergütung aus.

In diesem Zusammenhang haben die Krankenkassen den Auftrag, die Richtigkeit der Kodierung und Abrechnung zu überprüfen. Dafür stehen ihnen zwei Instrumente zur Verfügung: So sind die Kassen verpflichtet, die eingereichten Abrechnungen kontinuierlich abzarbeiten und eine Kontrolle auffälliger Rechnungen durch ihren Medizinischen Dienst (MDK) zu veranlassen (Einzelfallprüfung gemäß § 275 I SGB V). Unabhängig davon haben sie die Möglichkeit, durch den MDK auch anlassunabhängig größere Abrechnungsmengen untersuchen zu lassen (§ 17c KHG). In der Regel erstrecken sich diese sog. Stichprobenprüfungen auf eine Auswahl von Fällen einzelner Organisationseinheiten einer Klinik (z.B. Abteilungen von Kliniken), wobei die Fragestellungen und Prüfinhalte dann für das fragliche Sample jeweils individuell festgelegt werden (etwa als eine Kontrolle bestimmter Diagnosen, Prozeduren oder sonstiger Spezialkonstellationen).

Die praktische Relevanz solcher Prüfverfahren ist ausgesprochen gering<sup>4</sup>. Krankenkassen lösen die verfahrensaufwändigen Stichprobenkontrollen nur sehr selten aus, da dieses Vorgehen aus einer ganzen Reihe von Gründen für sie zu unhandlich ist – beispielsweise weil hierbei festgestellte Fehler nur in einer komplizierten Prozedur und nur in den betroffenen Einzelfällen eine Rückforderungen erlauben (also keine Hochrechnung auf sämtliche Fälle der fraglichen Klinik möglich ist).

---

<sup>1</sup> Vgl. für einen ersten Überblick über die Vergütung stationärer Leistungen etwa BSG NZS 2009, 500 sowie *Degener-Hencke*, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.): Krankenhausrecht, 2010, § 5/95 ff.

<sup>2</sup> Lediglich für einige Sonderkonstellationen (z.B. ambulante Maßnahmen, bestimmte Medikationen, Verbrauchsmaterialien) sind abweichende Modalitäten vorgesehen.

<sup>3</sup> Die Kliniken haben die Zuständigkeit ganz unterschiedlich organisiert und zwischen Ärzten und „medizinischen Kodierern“ bzw. „Dokumentationsassistenten“ oder „Medizincontrollern“ verteilt (vgl. für einen Überblick etwa *Rapp*, Praxiswissen DRG, 2. Aufl. 2010, S. 21 ff.).

<sup>4</sup> Vgl. die Befragung von Kliniken bei *Blum/Offermanns/Perner*, Krankenhaus Barometer. Umfrage 2008, 2008, S. 30.

De facto ist eine Fehlerentdeckung und –korrektur derzeit (fast) nur im Verlauf des normalen Abrechnungsprüfungsprozesses möglich. Dieser verläuft nach Maßgabe vertraglicher Vorgaben (§ 112 II SGB V) und variiert teilweise auch mit der jeweiligen kassenspezifischen Organisation und Ressourcenlage. Angesichts der immensen Zahl an Abrechnungen (zuletzt lag die jährliche Anzahl vollstationärer Fälle bei bundesweit ca. 17,5 Millionen) beginnen die Kontrollen aber stets mit einer software-gestützten Stimmigkeitskontrolle. Eine echte Überprüfung wird nur ausgelöst, wenn danach Anlass zur Plausibilitätskepsis besteht<sup>5</sup>. Verdichten sich beim Prüfsachbearbeiter dabei diese Zweifel, können sich hieran – je nach Handhabung der einzelnen Kasse<sup>6</sup> und dem Verhalten der Klinik – verschiedene Schritte anschließen:

- das schlichte Zurückweisen der Rechnung;
- Nachfragen und Einwände gegenüber der Klinik (wobei in manchen Bundesländern das Anfordern eines Kurzberichtes möglich ist);
- das konsensuale Aushandeln eines Vergütungskompromisses;
- Fall- und Vorberatungen mit dem Medizinischen Dienst der Kassen (MDK) oder
- die Einschaltung des MDK samt förmlicher Einleitung des Verfahrens nach § 275 SGB V.

Wird die Abrechnung dem MDK übergeben – was durchschnittlich (mit erheblichen Unterschieden zwischen den verschiedenen Kassen) bei etwas mehr als jedem 10. Fall geschieht<sup>7</sup> –, begutachtet dieser (je nach Auftrag) die Notwendigkeit und Dauer der stationären Maßnahme oder die Richtigkeit der Kodierung oder die Berechtigung geltend gemachter Zusatzentgelte. Zu diesem Zweck kann der MDK von der Klinik die medizinische Falldokumentation anfordern oder sonstige Informationen verwerten (z.B. nach Kontaktaufnahme mit Patienten oder Ärzten). Einzelne MDK führen dagegen prinzipiell sog. Begehungen durch, d.h. suchen die Kliniken auf, um die Unterlagen dort einzusehen und den Fall vor Ort mit den Krankenhausärzten zu besprechen.

Falls das MDK-Gutachten die Klinikabrechnung beanstandet, fordert die Kasse den Entgeltanteil zurück, den das MDK-Gutachten als Überzahlung ausweist. Das Krankenhaus kann der Rechnungskürzung freilich widersprechen<sup>8</sup>, was zu MDK-Zweitgutachten und/oder Folgeverhandlungen zwischen beiden Seiten und gelegentlich auch zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führt.

---

<sup>5</sup> In welchen Fällen der EDV-Filter „anschlägt“, hängt natürlich vom jeweils festgelegten „Raster“ ab.

<sup>6</sup> Die kassenspezifischen Prüfstile schlagen sich etwa in Kassenunterschieden bei den Anfrage-/Prüf- sowie bei den Fehlerfeststellungsquoten nieder (dazu die Zahlen bei *Linz*, Die MDK-Prüfung als Krankenhausbegehung, in: Krankenhaus 2009, S. 1182, 1185 f.).

<sup>7</sup> Vgl. zu dieser Prüfrate bspw. die Klinikbefragungen bei *Blum u.a.*, Fn. 4, S. 23; *Thieme*, Krankenkassen mit ungebrochener Prüfungslust, in: KU Gesundheitsmanagement 10/2008, S. 48 ff.; *Thieme/Schikowski*, Die Prüfquote steigt, in: KU Krankenhausmanagement 11/2009, 71 ff.; zusammenfassen auch *Fiori/Bunzemeier/Brüning/Helling/Roeder*, Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser – Tatsache oder Fiktion?, in: Krankenhaus 2010, S. 17, 19.

<sup>8</sup> Zum Widerspruchsmanagement der Kliniken vgl. *Rapp*, Fn. 3, S. 174 ff.

Unabhängig davon, welche Prüfvarianten eine Abrechnung durchläuft, ist die Steuerungskapazität dieses Kontrollsystems – im Ganzen genommen – durch spezifische Merkmale charakterisiert:

- Das betrifft zunächst die Fähigkeit zur Fehlerentdeckung. Zwar werden durch die Prüfverfahren nach § 275 SGB V zahlreiche Falschabrechnungen identifiziert (unten 3.1.), doch belegen die (vereinzelt stattfindenden) Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG, dass gleichzeitig nicht wenige Fehler unerkannt bleiben (unten 3.1.)<sup>9</sup>.

Dies steht im Zusammenhang mit einem strukturellen Informationsgefälle. Während die Klinik über alle Fall- und Abrechnungsaspekte im Bild ist, erhält die Kasse von ihr allein ein Informationsrudiment („Datenkranz“ gemäß § 301 SGB V), was die Unauffälligkeit vieler Fehlerformen bedingt. Außerdem unterliegen die Kassen bei ihrem Prüfverhalten auch wirtschaftlichen Zwängen, weshalb sie die Abrechnungskontrollen oft an einer eben solchen ökonomischen Logik ausrichten: Der Prüfaufwand muss für sie in einem angemessenem Verhältnis zum wirtschaftlichen Prüfnutzen (d.h. dem Volumen der Entgeltreduzierung) stehen. Neben den Kosten für Prüfpersonal und Infrastruktur schlägt hierbei auch eine Aufwandspauschale (300,- €) zu Buche, die die Kassen den Kliniken für jede beanstandungslose Einzelfallprüfung zu entrichten haben (§ 275 Ic SGB V)<sup>10</sup>. Von daher müssen die Kassen ihre Prüfanstrengung notgedrungen dosieren und gezielt verteilen. Zwangsläufig entwickeln sich deshalb „Aufgreifkriterien“, die sich an Kürzungspotenzialen sowie an Fehlerentdeckungs- und Fehlernachweischancen orientieren und so zu Prüfschwerpunkten und Prüflücken führen<sup>11</sup>.

- In besonderer Weise werden die Steuerungswirkungen des Prüfsystems indes dadurch gekennzeichnet, dass das Kontrollverfahren nach § 275 SGB V keine Sanktionsformen kennt. Da die Aufdeckung einer Unregelmäßigkeit lediglich zur Folge hat, dass die Kasse die Vergütung gemäß dem MDK-Votum auf das rechtmäßige Maß reduziert, gehen für die Kliniken mit Abrechnungsfehlern keine echten (wirtschaftlichen) Nachteilsrisiken einher. Das Krankenhaus erhält auch nach einer Falschabrechnung immer noch den rechtmäßigen Preis (d.h. das Entgelt der eigentlich angezeigten bzw. der tatsächlich erbrachten Leistung), und zwar ohne zusätzliche Abzüge oder sonstige Strafen.

---

<sup>9</sup> Jene Fälle des überprüften Krankenhauses oder der überprüften Organisationseinheit, die bereits Gegenstand einer Einzelfallkontrolle nach § 275 SGB V waren, sind in die Stichprobenprüfung nicht einzubeziehen (vgl. dazu den Anhang zu Anlage 1 der „Gemeinsamen Empfehlung zum Prüfverfahren nach § 17c KHG“ der Spitzenverbände vom 15.04.2004). Die Verfahren nach § 17c KHG decken von daher (nur) solche Fehler auf, die sonst völlig folgenlos – also kriminologisch gesprochen: im Dunkelfeld – blieben.

<sup>10</sup> Die Pauschale entfällt nur bei einer Rechnungskorrektur zu Gunsten der Kasse. War die überprüfte Abrechnung korrekt, wird sie ebenso fällig wie bei einer fehlerhaften Abrechnung, die entgeltneutral ist oder zu einer Entgeltanhebung führt (vgl. SG Nürnberg RDG 2010, 95; LSG Rheinland Pfalz v. 9.7.2009 L 5 KR 90/09 NZB).

<sup>11</sup> Die kassenübergreifende, durchschnittliche Prüffrequenz hat sich durch die Einführung der Aufwandspauschale jedoch nicht verringert (oben Fn. 7). Der Verzicht auf Kontrollen, deren etwaiger Ertrag das Risiko der Pauschale nicht rechtfertigt, wird offenbar durch verstärkte Prüfanstrengungen in anderen Abrechnungsbereichen kompensiert.

### 3. Empirische Daten zu Unregelmäßigkeiten im Abrechnungsverhalten

#### 3.1. Die Datenlage

Empirische Untersuchungen zur Frage, ob und in welchem Umfang es von Seiten der Krankenhäuser zu Fehlern, Unregelmäßigkeiten oder sonstigem Fehlverhalten bei der Leistungsabrechnung kommt, existieren nicht. Auch die Datenlage ist wenig zuverlässig und nur bedingt weiterführend. Die herkömmlichen kriminologischen Informationsgrundlagen (d.h. die Kriminalstatistiken im weiteren Sinne) enthalten kaum einschlägige Hinweise. Zwar werden im gesundheitswirtschaftlichen Sektor nicht nur von den Krankenkassen interne Ermittlungen in beträchtlicher Zahl durchgeführt<sup>12</sup>, sondern auch von polizeilicher Seite jährlich mehrere tausend Verdachtsfälle von Abrechnungsbetrug dokumentiert (2008 bundesweit immerhin 5.782<sup>13</sup>). Dem liegen allerdings fast nur Verstöße von Einzelpersonen zugrunde. Vergleichbare Vorwürfe gegen Krankenhäuser sind in diesen Zahlen dagegen so gut wie gar nicht enthalten (weil die dafür in Betracht kommenden Ereignisse nur höchst selten zur Kenntnis der polizeilichen oder kasseneigenen Ermittler gelangen – dazu unten 3.2. a.E.).

In den USA, wo private Gesellschaften sowie vor allem die öffentlichen Krankenversicherungen (Medicare, Medicaid) einen Teil der Krankenhausleistungen auf einer vergleichbaren DRG-Basis vergüten, wird die Verbreitung von Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung von Kliniken seit langem näher untersucht. So wurden Klinikabrechnungen in einigen Studien einer nachträglichen Überprüfung unterzogen. Dabei ergab sich ein recht hoher Anteil von Abrechnungen mit entgeltrelevanten Kodierfehlern (durchschnittlich ca. 18 %) <sup>14</sup>. Da solche Fehler überwiegend zu Lasten der Kostenträger gingen, interpretiert man dies unter anderem auch als Ausdruck von beträchtlichen Manipulationspotenzialen<sup>15</sup>. Diese Deutung wird durch Befragungen gestützt, in denen nahezu die Hälfte des interviewten Kodier-Personals angab, von ihrem Management zu einer grenzwertig erlösmaximierenden Kodierung angehalten worden zu sein<sup>16</sup>. Außerdem zeigten Studien, die die Entwicklung der Kodierpraxis innerhalb bestimmter Krankheits- und Maßnahmegruppen beobachtet hatten, eine Zunahme gerade der lukrativeren Diagnosevarianten („DRG-Creep“), die sich letztlich nur mit der Erlöserzielungsabsicht erklären ließ<sup>17</sup>.

---

<sup>12</sup> Allgemein dazu die Untersuchung von *Homann*, Betrug in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2009.

<sup>13</sup> Vgl. Bundeslagebild Wirtschaftskriminalität 2008 (abrufbar unter: [www.bka.de](http://www.bka.de)).

<sup>14</sup> Vgl. die Überblicksarbeiten von *Waterstraat/Barlow/Newman*: Diagnostic coding quality and its impact on healthcare reimbursement, in: *J. AMRA* 61, 1990, S. 52 ff. sowie v.a. *Lüngen/Lauterbach*, DRG in deutschen Krankenhäusern, 2003, S. 109 ff.

<sup>15</sup> Zur Forschungslage vgl. *Becker/Kessler/McClellan*, Detecting medicare abuse, in: *J. Health Economics* 24, 2005, S. 189, 192 ff.; *Jesilow*, Policing healthcare at the dawn of the new millennium, in: *Pontell/Geis* (Hrsg.): *Intern. Hdb. of White-Collar and Corporate Crime*, 2007, S. 576 ff.; vgl. auch *Vandenburgh*, Feeding frenzy, 1999; *Sparrow* License to steal, 2. Aufl. 2000; *Gosfield*, Medicare and Medicaid Fraud and Abuse, 2008, S. 27 ff.

<sup>16</sup> Vgl. *Lorenze/Spink*, Regional variation in medical systems data: Influences on upcoding, in: *J. Medical Systems* 26, 2002, S. 369 ff.

<sup>17</sup> Vgl. etwa *Baker/Kronenfeld*, Medicaid prospective payment: Case-mix increase, in: *Health Care Financing Review* 12, 1990, S. 63 ff.; *Silverman/Skinner*, Medicare upcoding and hospital ownership, in: *J. Health Economics* 23, 2004, S. 369 ff. sowie für Schweden ebenso *Serden/Lindqvist/Rosén*, Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data?, in: *Health Policy* 65, 2003, S. 101 ff.

Vor diesem Hintergrund war zu erwarten, dass entsprechende Abrechnungsverstöße auch in Deutschland nach der Einführung des DRG-Systems auftreten würden. Gemessen an der US-amerikanischen Forschungslage ist die Frage, ob und in welchem Maße dies tatsächlich erfolgt ist, aber nur wenig geklärt. Gewisse Hinweise ergeben sich inzwischen jedoch aus einigen gesundheitsökonomischen Analysen der Krankenhaus-Daten. So bildet die amtliche DRG-Abrechnungstatistik ebenso wie die kassenspezifische Auswertung ausgewählter Abrechnungsbereiche ein modifiziertes Kodierverhalten der Kliniken ab, das eindeutig durch die DRG-Einführung ausgelöst wurde: namentlich eine zunehmende Mitkodierung von entgeltsteigernden Faktoren (Nebendiagnosen, Prozeduren und Komplikationen) – freilich ohne dass auf dieser Datenebene feststellbar wäre, ob sich darin eine erlösmaximierende Verschlüsselungspraxis niederschlägt oder nur die zunehmende Vermeidung des früheren (damals noch vergütungsirrelevanten) Downcodings<sup>18</sup>. Relativ eindeutig auf zumindest grenzwertige Vergütungsziele zurückzuführen ist indes die Verteilung der geltend gemachten DRG innerhalb mancher Diagnose- und Behandlungsgruppen, in denen das Abrechnungsverhalten ganz offensichtlich auf das Erreichen entgeltsteigernder Schwellwerte abzielt (zu Beispielen vgl. die Diagramme 1 – 2b unten im Anhang).

Aufschlussreich sind daneben auch die Auswertungen tatsächlich erfolgter Abrechnungskontrollen. So hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) innerhalb der Einzelfallprüfung von Klinik-Abrechnungen (§ 275 V SGB V) in den vergangenen Jahren beständig relativ große Abrechnungsanteile als überhöht reklamiert, im Durchschnitt knapp 40 % (unten Tabelle 1 im Anhang)<sup>19</sup>. Mit Blick auf die kriminologische Aussagekraft dieser Angaben ist jedoch Zurückhaltung geboten. Zunächst einmal lässt sich schon einschränkend fragen, ob die MDK-Einschätzungen denn wirklich durchweg richtig oder zumindest genauer als die kritisierten Abrechnungen sind. Und selbst wenn man (etwa wegen des hohen Professionalisierungsgrades der MDK-Mitarbeiter) davon für die meisten Beanstandungsfälle ausgeht<sup>20</sup>, bleibt darüber hinaus noch der Vorbehalt fehlender Repräsentativität: In den Verfahren nach § 275 SGB V sind die Prüfgegenstände stark vorselektiert, da sich der MDK allein mit jenen Abrechnungen befasst, die

---

<sup>18</sup> Stat. Bundesamt, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik für 2007, 2009, S. 5; zu Kassendaten *Friedrich/Günster*, Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs, in: *Klauber/Robra/Schellschmidt* (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2005*, 2005, S. 153 ff.; *Heller/Schmidt*, Wodurch ist die Veränderung der geburtshilflichen Diagnosehäufigkeiten in der Krankenhausdiagnosestatistik zu erklären?, a.a.O., S. 297 ff.; *Repschläger*, Entwicklungen und Ausgabenfaktoren im Krankenhausbereich, in: *Rau/Roeder/Hensen* (Hrsg.), *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland*, 2009, S. 358, 364 f.

<sup>19</sup> Ebenso – und m.w.N. – auch *Fiori u.a.*, Fn. 7, S. 19. Diese Aussage bezieht sich freilich nur auf diejenigen MDK, die ihre Prüfdaten publizieren. Zu sehr ähnlichen Ergebnissen gelangen allerdings auch Klinikbefragungen, denen zufolge der MDK insgesamt 36 – 40,8 % der ihm vorgelegten Abrechnungen als überhöht reklamiert (vgl. dazu die Quellen oben in Fn. 7).

<sup>20</sup> Zwar sind keine Zahlen verfügbar, wie oft die Kliniken den MDK-Gutachten (teil-)erfolgreich widersprechen (oder widersprechen könnten), doch weist gerade dies darauf hin, dass die Gutachten tatsächlich in größerer Zahl angreifbar sind: Andernfalls käme es nämlich aller Wahrscheinlichkeit nach zu einer ausgeprägten und bekannt werdenden Widerspruchspraxis. Deren Ausbleiben stattdessen pauschal und nachweislos auf eine „Resignation“ der Krankenhäuser zurückzuführen (so die *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, DKG wehrt sich gegen den Vorwurf der Falschabrechnungen, in: *Krankenhaus 2010*, S. 517, 519), kann augenscheinlich kaum überzeugen.

vorweg als auffällig und potenziell überhöht eingestuft wurden (oben 2.). Eine Hochrechnung auf die Abrechnungsgesamtheit ist von daher unmöglich. Gleichwohl enthält der Fallbestand, der dem MDK gar nicht vorgelegt wird, mit hoher Wahrscheinlichkeit noch zusätzliche Fehler. Dies belegen die gelegentlichen Verfahren nach § 17c KHG. Auch hierbei werden nämlich nach den insofern zugänglichen Daten bei erheblichen Abrechnungsanteilen immer wieder entgeltwirksame Fehler zu Lasten der Kassen belegt (unten Tabelle 2 im Anhang).

### 3.2. Kriminologische Einordnung

Die Daten aus der Abrechnungs- und Stichprobenprüfung zeigen zunächst einmal an, dass eine Teilmenge der Abrechnungen zu Lasten der Krankenkassen fehlerhaft ist. Wie groß diese Gruppe ist, lässt sich nicht abschätzen. Es steht lediglich fest, dass im Gutachtenswege ein etwa 3- bis 5-prozentiger Anteil der Abrechnungsgesamtheit als Falschabrechnung reklamiert wird (und zwar meist wohl zu Recht). Die ca. 90 % der nicht begutachteten Abrechnungen (d.h. jene Abrechnungen, die vom MDK gar nicht untersucht werden) enthalten weitere Fehlerfälle – die von den Kassen nur nicht entdeckt oder nicht moniert oder ohne Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V „im Dialog mit den Klinken“ korrigiert werden. Dazu, wie häufig solche zusätzlichen Falschabrechnungen vorkommen, sind derzeit jedoch keine Aussagen möglich (wenngleich der Anteil sicherlich deutlich geringer ist als im vorselektierten Prüfmaterial des MDK).

Infolge dieser Dunkelfeldproblematik sind i.Ü. auch keine zuverlässigen Aussagen zu den Fehlerschwerpunkten möglich. Zwar zeigt sich in den letzten Jahren mit zunehmender Klarheit, dass es sich bei den (vom MDK) beanstandeten Fehlern in steigendem Maße (wenn nicht überwiegend) um Konstellationen handelt, in denen die erfolgte stationäre Behandlung nicht notwendig war oder eine kürzere Dauer ausgereicht hätte<sup>21</sup> – doch gleichzeitig weiß man, dass sich die Abrechnungskontrollen der Kassen in den vergangenen Jahren gerade auf eben diese sog. primären und sekundären Fehlbelegungen verlagern (weniger aber auf unzutreffende Kodierungen konzentrieren)<sup>22</sup>. Insofern resultiert die Verteilung der identifizierten Fehler womöglich gar nicht (oder wenigstens nicht allein) aus ihrer realen Verbreitung, sondern aus den Aufmerksamkeits- und Kontrollschwerpunkten (deren Festlegung wiederum von Erkennbarkeiten, Nachweischancen usw. beeinflusst ist<sup>23</sup>).

Ohnehin handelt es sich bei der Fehlerstruktur kriminologisch um eine nachrangige Frage. Zwar wird gelegentlich betont, bei Abrechnungen, deren Zahlung die Kassen wegen Unnötigkeit der geltend gemachten Leistung verweigern, lägen nur Überversorgungsfälle und gar keine „richtigen“ Abrechnungsverstöße vor<sup>24</sup>,

---

<sup>21</sup> Vgl. *Fiori u.a.*, Fn. 7, S. 20 f.

<sup>22</sup> Zu dieser Verteilung der Prüfanlässe vgl. *Kuls*, MDK-Erfahrung: Auf beiden Seiten wächst der bürokratische Aufwand, in: *Krankenhausumschau* 2008, S. 51 ff.; *Blum u.a.*, Fn. 4, S. 23 f.; *Thieme*, Fn. 7, S. 49; *Thieme/Schikowski*, Fn. 7, S. 71.

<sup>23</sup> Dazu, dass zwar nicht die Entgeltreduzierungsbeiträge, wohl aber die „Trefferquote“ der Kassenprüfungen bei Fehlbelegungskontrollen höher als bei Falschkodierungskontrollen sind, vgl. die Zahlen bei *Linz*, Fn. 6, S. 1186 f.

<sup>24</sup> Die Abrechnungen seien nicht falsch; fehlerbetroffen sei hier nur der Leistungs- und nicht der Abrechnungsbereich (so namentlich *Fiori u.a.*, Fn. 7, S. 21 f.; *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, Fn. 20, S. 518).

doch trifft diese Auffassung erkennbar nicht zu: Bei einer entbehrlichen oder unnötig intensiven oder überlangen Behandlung besteht ein Vergütungsanspruch lediglich in Höhe des Preises der geringwertigeren erforderlichen Leistung<sup>25</sup>. In solchen Fällen gleichwohl auch den Mehrbetrag abzurechnen, ist genauso fehlerhaft und führt genauso zu unbegründeten Überzahlungen wie falsches Kodieren<sup>26</sup>.

Die größte Schwäche der MDK-Prüfdaten liegt aus kriminologischer Warte darin, dass sie nur Fehlerfälle markieren und keinerlei Hinweise auf deren Entstehungszusammenhänge geben. Das, was äußerlich als ein Fehler (im Sinne der Vergütungsnormen) festgestellt wird, kann mit Blick auf sein Zustandekommen einen ganz verschiedenen Charakter aufweisen. Phänomenologisch sind beispielsweise zu unterscheiden<sup>27</sup>:

- Falschkodierungen infolge von technischen Problemen der Abrechnungssoftware oder von unbeabsichtigten Ungenauigkeiten in der medizinischen Dokumentation;
- versehentliche Abrechnungsmängel (bedingt durch die unzweifelhafte Komplexität der Abrechnungsregeln oder durch nicht-intentionale Fehlleistungen bis hin zu Nachlässigkeiten);
- Wertungsdifferenzen bei grenzwertiger Kodierbarkeit (i.S.v. offenen, noch nicht verbindlich geklärten Beurteilungs- und Handhabungsdivergenzen);
- das sog. Erlösoptimieren, bei dem das Vergütungspotenzial eines Falles unter Wahrung des rechtlichen Rahmens „ausgereizt“ wird (i.S. eines Ausschöpfens von diagnostisch-therapeutischen Uneindeutigkeiten und Kategorisierungsspielräumen<sup>28</sup>) sowie
- die bewusst irregulär gestaltete Abrechnung (Abrechnungsmanipulation).

Obwohl sämtliche Fehlervarianten bei den Kostenträgern zu einer unberechtigten wirtschaftlichen Mehrbelastung führen, ist aus einer kriminologischen Perspektive vornehmlich die letzte Ausprägung von Interesse. Hierbei handelt es sich um eine Form von deviantem Verhalten, die grundsätzlich auch in strafrechtlicher Hinsicht von Bedeutung ist. Die Strafbarkeit von Abrechnungen, die falsch kodiert sind oder eine unnötige bzw. unberechtigte Klinikleistung geltend machen, wirft

---

<sup>25</sup> Das war im früheren Tagessatzsystem allgemein anerkannt. Dazu, dass dies unter den Bedingungen des DRG-Systems ebenso gilt, anhand der sog. sekundären Fehlbelegung zuletzt eingehend BSGE 104, 15.

<sup>26</sup> Am Rande: In jenen (Einzel-)Fällen, in denen dies im Bewusstsein geschieht, unberechtigte Teilbeträge geltend zu machen, liegt ein strafbarer Betrug vor (dazu *Kölbel*: Abrechnungsbetrug im Krankenhaus, in: Neue Zeitschrift für Strafrecht 2009, S. 312, 314 f.).

<sup>27</sup> Die Differenzierung beruht auf tatsächlich bestehenden („objektiven“) Unterschieden und lässt sämtliche Fragen danach, ob die jeweilige Einordnung eines konkreten Fehlerfalles nachweisbar wäre, außer Betracht.

<sup>28</sup> Zwar sind die Abrechnungsvorgaben „streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben“ (BSG NZS 2009, 500), doch da gleichwohl „in der medizinischen Klassifikation vielfach Übergänge oder Alternativen existieren, die zugunsten eigener Anschauungen genutzt werden können“ (*Lauterbach/Lüngen*, DRG-Fallpauschalen: eine Einführung, 2000, 65; näher *Stausberg, J.*, in: Bundesgesundheitsblatt, 2007, 1039, 1043), sind mitunter mehrere Kodierungen begründbar, was dann oftmals nur durch Änderung der Codes und Kodierrichtlinien behebbar ist (zum Problem auch *Steinhilper*, in: FS Schwind 2006, 169 f.).



im Falle intentionalen Handelns keine rechtsdogmatischen Probleme auf<sup>29</sup>. Allerdings liegen die Schwellen für die Tatbestandlichkeit hoch<sup>30</sup> und es bestehen erhebliche Beweisschwierigkeiten. Zudem bleibt der Anteil an Abrechnungsfehlern, der auf bewusstes Fehlverhalten zurückgeht, (vermutlich) eher gering; das entsprechende Potenzial ist zumindest nicht quantifizierbar.

In der Praxis der Abrechnungsprüfung spielt all dies ohnehin überhaupt keine Rolle. Auch aufgedeckte Abrechnungsfehler werden bislang ausschließlich als Fehler interpretiert und in keiner Weise auf ihre Strafrechtswertigkeit hin gedacht – sei es, weil man dergleichen den Kliniken nicht zutraut oder weil man den Abrechnungsakteur als amorphe, entpersonalisierte Einheit wahrnimmt oder weil allein die Vergütungskorrektur im Vordergrund steht. Die Prüfpraxis belässt es deshalb bei der Zurückweisung der Rechnung. Eine Mitteilung an die Betrugsermittlungsstellen der Kassen (§ 197a SGB V) oder gar eine Strafanzeige finden dagegen auch bei gravierenden Falschabrechnungsfällen so gut wie niemals statt (anders als im Übrigen bei Manipulationen von Einzelleistungserbringern)<sup>31</sup>.

Gleichwohl ist von der Existenz einer relevanten Manipulationspraxis auszugehen, weil es hierfür eine Reihe „weicher“ Indikatoren gibt:

- Die Abrechnungsfehler zu Gunsten der abrechnenden Kliniken sind auffällig häufiger als die Fehler zu deren Lasten.
- Auch ist ein Lerneffekt i.S. einer zunehmenden Abrechnungskonformität, der angesichts der mehrjährigen Etablierung des DRG-Verfahrens zwischenzeitlich eintreten müsste, in den MDK-Prüfdaten nicht feststellbar.
- Obendrein werden von den MDK nicht nur deutliche Unterschiede in der Fehlerbelastung verschiedener Krankenhäuser, sondern sogar richtiggehend abrechnungsauffällige Kliniken ausgemacht<sup>32</sup>.
- Außerdem ergeben sich entsprechende Hinweise aus Feldstudien zur krankenhausesärztlichen Berufswelt<sup>33</sup>.

---

<sup>29</sup> Im Kern setzt der sog. Abrechnungsbetrug (§ 263 StGB) eine Konstellation voraus, in der ein Klinikmitarbeiter durch bewusste Täuschung der Kassenprüfer eine ungerechtfertigte Vergütung erreicht, die das eigene Haus besser stellt, als es die reguläre Fallvergütung vorsieht (näher *Kölbel*, Fn. 26, S. 312, 314 f.).

<sup>30</sup> Insbesondere muss der Abrechner (Arzt oder Kodierer) nicht nur erkennen und hinnehmen, dass sich ein Kassenmitarbeiter bei der Abrechnung irrt und ein überhöhtes Entgelt auszahlt, sondern es muss ihm darauf ankommen, für seine Klinik eine Vergütung in ungerechtfertigter Höhe zu erreichen.

<sup>31</sup> Selbst wenn die Prüfteams einen Abrechnungsfehler als potenzielles Delikt denken, gibt es für Zurückhaltung sachliche Gründe (z.B. die Aufrechterhaltung der Dauerbeziehung zur Klinik). Juristisch sind sie im Übrigen auch gar nicht zur Anzeige verpflichtet (anders als die Mitarbeiter der Betrugsermittlungsstellen, vgl. dort § 197a IV SGB V).

<sup>32</sup> Dazu v.a. *Kuls*, Fn. 22, S. 53; *dies./Weibler-Villalobos*, DRG-Kodierqualität in Krankenhäusern hat sich nicht verbessert, in: *Die BKK 2006*, S. 592 ff.

<sup>33</sup> So die Ärzte-/Kodierer-Interviews bei *Klinke*, Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor, 2008, S. 178, 220 f., 226 ff.; instruktiv auch *Vogd*, Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität, 2004, S. 178 ff.; 183 Fn. 52; *ders.*, Die Organisation Krankenhaus im Wandel, 2006, S. 111.

#### 4. Kriminologische Schlussfolgerung

Berücksichtigt man die Merkmale des skizzierten Prüfsystems (oben 2.) – d.h. die zwar keineswegs geringe, gleichwohl aber lückenhafte Kontrollstruktur, die zudem für die entdeckten Abrechnungsfehler keinerlei Sanktionen auslöst –, kann man das Umfeld, in dem das Abrechnungsverhalten der Kliniken stattfindet, als deliktsförderliche Tatgelegenheitsstruktur beschreiben. In einem allgemeinen kriminologischen Kontext ist damit ein dauerhafter, relativ stabiler situativer Handlungsrahmen gemeint, der das Auftreten regelwidrigen Verhaltens durch seine spezifischen Bedingungen begünstigt (auslöst, freisetzt, stimuliert)<sup>34</sup>. Im vorliegenden Zusammenhang bedeutet dies, dass einige der oben genannten Abrechnungsfehler (namentlich: die nachlässigkeitsbedingten und intentionalen Falschabrechnungen) durch die eingeschränkte Wahrscheinlichkeit ihrer Entdeckung und vor allem durch ihre (nahezu garantierte) Nachteilslosigkeit gefördert werden. Normverstöße werden hierdurch zwar nicht im engeren Sinne „verursacht“, wohl aber unterstützt<sup>35</sup>. Nach kriminologischer Erfahrung steigt unter solchen situativen Bedingungen folglich das Risiko, dass sich Regelwidrigkeiten ereignen. Es bedarf dann vielfach nur noch eines hierdurch erreichbaren motivkräftigen Vorteils<sup>36</sup> (bei den Abrechnern etwa: die Aussicht, ihr Haus besser zu stellen<sup>37</sup>). Im Übrigen legt ja auch die Datenlage (oben 3.) nahe, dass sich dieses Risiko im hier interessierenden Kontext tatsächlich realisiert (nämlich in Gestalt jenes vermutlich überschaubaren, aber relevanten manipulationsbedingten Fehleranteils).

Eine derartige kriminologische Sichtweise ist in der momentanen Diskussion zum Abrechnungsproblem überhaupt nicht zu finden. Der übliche Diskurs wird allein in gesundheitsökonomischen Kategorien geführt. Soweit man dabei überhaupt einen Interventionsanlass sieht, zielt dies ausschließlich darauf, Mehrkosten für das System zu verhindern. Auf dieser Basis werden dann bisweilen die aktuell erzielten Erträge der gesamten Abrechnungsprüfung (d.h. das Gesamtvolumen der momentanen Entgeltreduzierung) mit den gesellschaftlichen Kosten (d.h. dem derzeitigen Prüfaufwand auf Kassen- und Klinikseite) verrechnet, um mit Blick auf die sich so ergebende Nutzenbilanz einen Rückbau der Kassenkontrollen oder gar deren Abschaffung zu fordern<sup>38</sup>. Eine solche Position ist sachlich verkürzt und zynisch zugleich:

---

<sup>34</sup> Generell zur kriminologischen Bedeutung von Handlungssituationen vgl. *Sessar*, Zu einer Kriminologie ohne Täter, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 80 (1997), S. 1 ff.

<sup>35</sup> Die „Ursachen“ der verschiedenen Fehlerformen – genauer: die Hintergrundbedingungen, die dazu führen, dass manche Akteure die Tatgelegenheiten suchen oder ergreifen (und andere im Übrigen nicht) – müssen hier offen gelassen werden. Dazu lässt der gegenwärtige kriminologische Forschungsstand keine Aussagen zu.

<sup>36</sup> Nach einigen kriminologischen Konzeptionen ist die Wahrnehmung einer Tatgelegenheit dann nahezu zwangsläufig (Überblick bei *Lamnek*, Theorien abweichenden Verhaltens II, 3. Aufl. 2008, S. 164 ff.).

<sup>37</sup> etwa die Realisierung einer überhöhten Vergütung oder auch „weiche“ Vorteile (Anhebung der Betten- oder Geräteauslastung, Sicherung einer bedrohten oder reputationsförderlichen Abteilung, Nutzen bei Marketing und Kundenpflege usw.).

<sup>38</sup> Dafür *Fiori/Brüning/Bunzemeier/Roeder*, Codierqualität in den Krankenhäusern. Unberechtigte Vorwürfe, in: Deutsches Ärzteblatt 106, 2009, S. A1596 f.; *Fiori u.a.*, Fn. 7, S. 22 f.; *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, Fn. 20, S. 518.

- Die sachliche Verkürzung liegt darin, dass diese Argumentation ihre möglichen Konsequenzen übersieht<sup>39</sup>. Eine Absenkung der Kontrolldichte würde nämlich die devianzförderliche Wirkung des Prüfungssystems weiter verstärken, was einen Anstieg der (dann nur nicht entdeckten) Fehlerzahl ebenso wie einen zugehörigen Kosteneffekt erwarten lässt.
- Zynisch ist ein solches Argumentieren, weil es die gesellschaftliche Bedeutung von Abrechnungsfehlern auf den Kostenpunkt reduziert (was die Kriminologie als „aktuarischen“ oder „manageriellen“ Kontrollstil beschreibt<sup>40</sup>). Dass es sich bei einem Teil der Abrechnungsfehler um fahrlässige oder vorsätzliche Normwidrigkeiten handelt, was auch Normgeltungsfragen aufwirft, wird von dieser Logik ebenso negiert wie der Gerechtigkeitsaspekt, der schon aus Gleichheitsgründen eine Verfolgung von Abrechnungsverstößen erforderlich macht<sup>41</sup>.

Aus kriminologischer Warte liegt ein anderes Vorgehen näher. Deshalb wird hier vorgeschlagen, das Prüfsystem nicht zu schwächen, sondern funktionaler (d.h. zielgenauer wirkungsvoller) zu organisieren. Dafür sollte zum Einen die Treffsicherheit der Kontrollen erhöht werden. Hierfür müssten den Kassenprüfern zusätzliche Fallinformationen zur Verfügung gestellt werden (etwa „medizinische Kurzberichte“). Dadurch würden sie mit größerer Genauigkeit feststellen können, ob eine Detailüberprüfung der fraglichen Abrechnung tatsächlich angezeigt ist – was unnötige Verfahren nach § 275 SGB V und den dadurch bedingten Aufwand reduzieren dürfte.

Zum Anderen sollten aber auch die Steuerungsimpulse, die das Prüfsystem entwickelt, gesteigert werden – nicht zuletzt, um die Kliniken dazu zu drängen, interne Selbstüberprüfungs- und Selbstkontrollformen zu implementieren. Hierfür bietet es sich erstens an, Falschabrechnungen mit einem Sanktionsrisiko zu versehen und für Abrechnungsfehler, die eine bestimmte Wertgrenze übersteigen, einen pauschalen Abzug von der Fallvergütung vorzusehen<sup>42</sup>. Außerdem sollten die Prüfstellen der Kassen nach § 197a SGB V verstärkt in die Misstandsaufklärung integriert werden. Insofern bedarf es einer Sensibilisierung der Prüfmitarbeiter dafür, dass bei gravierenden Fehlerformen gegebenenfalls auch – und sei es nur gelegentlich oder gar nur in Einzelfällen – das Strafrecht auf den Plan gerufen sein könnte.

---

<sup>39</sup> Dass sich die Abrechnungsprüfung für das Gesamtsystem wenig rentiere (so die Quellen in Fn. 38), ist ohnehin umstritten (vgl. für abweichende Berechnungen etwa *Schönfelder/Balázs/Klewer*, Kosten aufgrund von DRG-Upcoding durch die Einführung der Diagnosis Related Groups in Deutschland, in: *HeilberufeScience* 2009, S. 77 ff.).

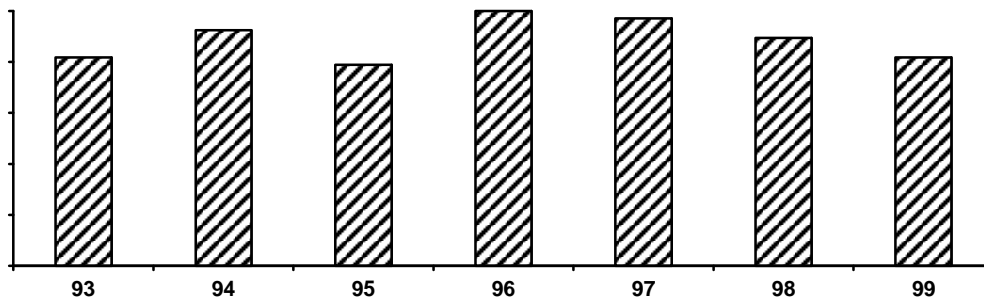
<sup>40</sup> Vgl. *Garland*, *The Culture of Control*, 2001, S. 167 ff.

<sup>41</sup> Andernfalls könnte man – überspitzt und polemisch gesprochen – auch bei Ladendiebstahl und Steuerhinterziehung die Kontrollen abschaffen und das Problem allein ökonomisch kompensieren (durch Einpreisen der Schwundquote oder Anhebung der Abgabentarife).

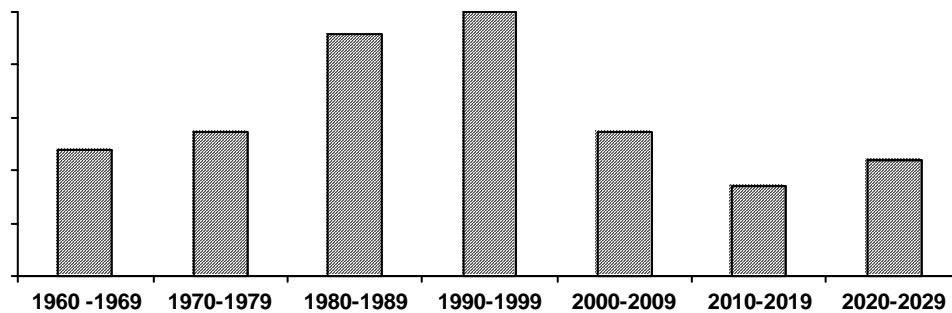
<sup>42</sup> Vgl. *Kölbl*, Fn. 26, 318. Im Hinblick auf die Aufwandspauschale, mit der die Kasse nach § 275 Ic SGB V bei ergebnisloser Rechnungsprüfung belastet wird, erscheint dies auch im Hinblick auf die von der Rechtsprechung betonte Waffengleichheit (vgl. BSG 17.12.2009 - B 3 KR 12/08 R) zwischen Kostenträger und Klinik geboten.

## Anhang

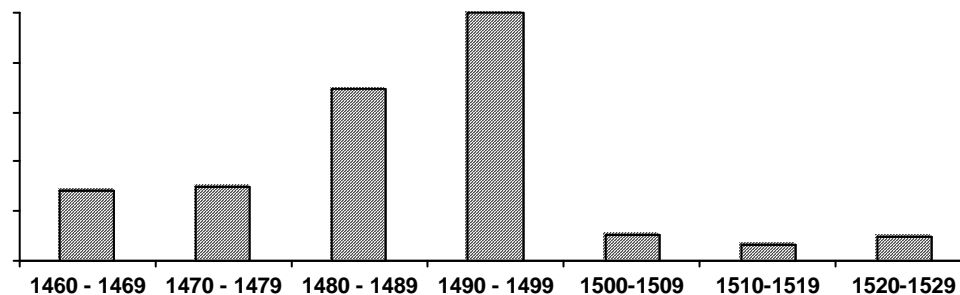
**Diagramm 1: Verteilung Beatmungsstunden um erlösrelevanten Schwellwert 96 h<sup>43</sup>**



**Diagramm 2a: Verteilung Neugeborenen-Aufnahmegewicht um erlösrelevanten Schwellwert 2000 g<sup>44</sup>**



**Diagramm 2b: Verteilung Neugeborenen-Aufnahmegewicht um erlösrelevanten Schwellwert 1500 g**



<sup>43</sup> Die DRG-basierte Vergütung von Beatmungsstunden steigt um eine deutliche Stufe bei einer Beatmungsdauer von > 95 Stunden. Nach den hier vorliegenden Auswertungen, die die Verteilung aller im ersten Halbjahr 2009 bundesweit bei den AOKen abgerechneten Fälle in Relativ-Anteilen wiedergeben, zeigen die Beatmungsmaßnahmen eine deutliche Orientierung an diesem Schwellwert, während die knapp darunter liegende Beatmungsdauer mit überzufälliger Deutlichkeit seltener ist. – Quelle: WiDO Berlin.

<sup>44</sup> Die DRG-basierte Vergütung der Neugeborenenversorgung steigt um eine deutliche Stufe bei Unterschreitung festgelegter Aufnahmegewicht-Schwellwerte (bspw. < 2000 g. bzw. < 1500 g). Nach den hier vorliegenden Auswertungen, die die Verteilung aller im ersten Halbjahr 2009 bundesweit bei den AOKen abgerechneten Fälle in Relativ-Anteilen wiedergeben, zeigen die Diagramme 2a und 2b für die geltend gemachten Behandlungen eine überzufällige Häufung des Aufnahmegewichtes an diesem Wert, während das knapp darüber liegende Gewicht mit überzufälliger Deutlichkeit seltener ist. – Quelle: WiDO Berlin.

**Tabelle 1: Fehleranteile in den Abrechnungen nach MDK-Prüfung gemäß § 275 V SGV V**

| <i>Region/Periode</i>  | <i>Fehler zu Gunsten der Kasse in %</i> | <i>Fehler zu Gunsten der Klinik in %</i> |
|--|---|--|
| Nordbaden 2003 <sup>45</sup>                                     | 8                                       | 44                                       |
| Baden-Württemberg 2005 <sup>46</sup>                             | 4,6                                     | 33,9                                     |
| Westfalen-Lippe 2005 <sup>47</sup>                               | 5,3                                     | 39,3                                     |
| Nordrhein 2005 <sup>48</sup>                                     | 5,1                                     | 36,3                                     |
| Rheinland-Pfalz 2004 – 2006;<br>speziell 2004/2005 <sup>49</sup> | 6,1<br>6,8/5,9                          | 31,1<br>31,3 (28)/31,4 (21,5)            |
| Hessen 2003/04/05 <sup>50</sup>                                  | 7,9/4,6/3,5                             | 32,2/42,7/38,3                           |
| 2006 <sup>51</sup>   |   | 44,4                                     |
| 2008/09 <sup>52</sup>  |   | 29/33,5                                  |
| 1 – 3/2009 <sup>53</sup>   |   | 50                                       |
| Thüringen 2006 - 2009 <sup>54</sup>                              |   | 39,8/46,2/51,4/55,4                      |

<sup>45</sup> Rutz, Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland, 2006, S. 336 ff.

<sup>46</sup> Dirschedl/Funk/Heine/Mohrmann, DRG-Prüfergebnisse im Ländervergleich, in: Gesundheitswesen 69, 2007, S. 141 ff., vgl. auch die – nicht zwischen den Raten der Entgeltunterschreitung und -überhöhung unterscheidenden – Beanstandungsrate von 45,5 % (2004), 38,4 % (2005), 43,1 % (2006) und 44,7 % (2007) bei Dirschedl, Krankenhausleistungen auf dem Prüfstand, in: Rau/Roeder/Hensen (Hrsg.), Fn. 18, S. 348 ff.

<sup>47</sup> Dirschedl/Funk/Heine/Mohrmann, a.a.O.

<sup>48</sup> Schäfer/Buszello, Kassen ziehen Nutzen aus DRG-Auswertung des MDK Nordrhein, in: MDK-Forum 2006, S. 7 ff.

<sup>49</sup> Kuls, Fn. 22, a.a.O.; dies./Weibler-Villalobos, Fn. 32, a.a.O. (die Angaben beziehen sich auf reine Kodierfehler, während sich in Klammern die Fehleranteile in den Prüfungen wegen primärer Fehlbelegung finden).

<sup>50</sup> Oestreicher/v. Essen/Fender/Hübner/v. Mittelstaedt, Drei Jahre Begutachtung der Kodierqualität durch den MDK in Hessen, in: MDK-Forum 2006, 10 ff.

<sup>51</sup> v. Essen, Die stationäre Begutachtung beim MDK in Hessen 2006, unter: [www.egms.de/en/meetings/gmds2007/07gmds932.shtml](http://www.egms.de/en/meetings/gmds2007/07gmds932.shtml) (Angaben einschließlich Vorberatung und Kurzgutachten durch MDK).

<sup>52</sup> Pressemitteilung der TK Hessen v. 27.4.2010 unter [www.tk-online.de/lv-hessen](http://www.tk-online.de/lv-hessen)

<sup>53</sup> Malzahn/Handschuh, Zahlen für den Rechnungscheck?, in: Gesundheit und Gesellschaft 6/2009, S. 14, 15 (Daten nur zu MDK-Gutachten für AOK Hessen).

<sup>54</sup> Jährliche Presseberichte von TK-Landesvertretung Thüringen, jeweils unter [www.tk-online.de/lv-thueringen](http://www.tk-online.de/lv-thueringen).

**Tabelle 2: Fehleranteile in MDK-Stichprobenprüfungen gemäß oder in Anlehnung an § 17c II KHG<sup>55</sup>**

| <i>Region/Periode</i>                        | <i>Ergebnisse</i>  |
|--|--|
| Hessen, 2003 <sup>56</sup>                   | bei 3 (kleineren) Stichproben insg. 32,4 % DRG-Fehler zu Lasten der Kasse  |
| Baden-Württemberg, 2004 - 2007 <sup>57</sup> | bei 13 Stichproben (verschiedener Größe) zu Lasten der Kassen zwischen 13,1 und 32,4 % Fehler und um 5,36 % überhöhte Abrechnungsbeträge (Schwerpunkt: falsch kodierte Abrechnungen) |
| Hessen, bis 2006 <sup>58</sup>               | bei 2 (größeren) Stichproben insg. 4,97 % der Abrechnungen zu Gunsten und 7,47 % zu Lasten der Kassen falsch   |
| Region anonym, bis 2005 <sup>59</sup>        | bei einer größeren Stichprobe insg. 29 % mit DRG-relevanten Fehlern (nicht aufgeschlüsselt, zu wessen Gunsten)   |
| Hessen, 2002 <sup>60</sup>                   | bei einer mittelgroßen Stichprobe insg. 35 % DRG-relevante Fehler (ganz überwiegend zu Lasten der Kasse)   |
| Rheinland-Pfalz, 2005/2006 <sup>61</sup>     | bei 25 Stichproben (verschiedener Größe) zwischen 0 und 50 % Fehler (je nach Fehlerart) und überhöhte DRG-Werte zu Lasten der Kassen von durchschnittlich 2,2 bzw. 2,0 %             |

<sup>55</sup> Infolge ihrer ganz unterschiedlichen Prüfinhalte sind die Ergebnisse verschiedener Stichprobenprüfungen von Haus aus nicht vergleich- oder hochrechenbar.

<sup>56</sup> *Schnabe/Geks/Schunk/Mann/Gerdes/Schaeg*, MDK-Überprüfungen zur Dokumentations- und DRG-Kodierqualität, in: Krankenhaus, 2004, S. 630 ff.

<sup>57</sup> *Dirschedl/Mohrmann*, Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG: Methodik, praktische Erfahrungen und Ergebnisse in Baden-Württemberg, in: Klauber/Robra/Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, 2007, S. 195 ff.

<sup>58</sup> v. *Essen/Hübner/v. Mittelstaedt*, Die Stichprobenprüfung nach § 17c KHG – Erfahrungsbericht aus Krankenhäusern der Maximalversorgung in Hessen, in: Gesundheitswesen 69, 2007, S. 137 ff.

<sup>59</sup> *Holzwarth/Kuypers*, Kodierqualität immer noch ein Problem, in: KrankenhausUmschau 2005, S. 678 ff.

<sup>60</sup> *Klaus/Ritter/Große Hülsewiesche/Beyrle/Euler/Fender/Hübner/v. Mittelstaedt*, Untersuchung zur Qualität der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren, in: Gesundheitswesen 67, 2005, S. 9 ff.

<sup>61</sup> *Modrack/Weibler-Villalobos*, Stichprobenprüfungen sind wichtiges Prüfinstrument, in: MDK-Forum 2007, S. 12 f.