

Mehr Effizienz beim Rechnungs-Check

Etwa jede dritte Krankenhausrechnung in Deutschland ist fehlerhaft, so der Bundesrechnungshof. Prüfungen der Kassen sind daher nötig. Doch haben die Prüfer nichts zu beanstanden, ist eine Aufwandspauschale fällig. Ein Paradoxon. **Von Thomas Hommel**

Aus Sicht der Kassen ist es ein ärgerlicher Vorgang und ein paradoxer obendrein: Erweist sich eine von ihnen beanstandete und überprüfte Klinikrechnung als richtig, bitten die Kliniken stante pede zur Kasse. Satte 300 Euro Aufwandsentschädigung fallen je überprüfter Abrechnung an, wenn das Krankenhaus seine Leistungen korrekt abgerechnet hat.

Experten wie Thomas Handschuh von der Abteilung „Stationäre Versorgung“ im AOK-Bundesverband sprechen denn auch von einer ziemlich merkwürdigen Regelung. Wer in der Straßenbahn oder im Bus kontrolliert und korrekterweise mit einem gültigen Fahrschein angetroffen werde, erwarte ja wohl auch kaum eine Entschädigung für die Mühe des Vorzeigens seines Fahrtickets. „Bei der

Überprüfung der Abrechnungen von Kliniken wird aber genau nach diesem Prinzip verfahren“, kritisiert Handschuh.

Aufwandspauschale verdreifacht. Eingeführt worden ist die von 100 Euro auf 300 Euro erhöhte Entschädigung für die Kliniken mit fehlerfreien Abrechnungen im Zuge des Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetzes (KHRG), das Ende 2008 verabschiedet wurde und seit 1. Januar 2009 in Kraft ist. In dem Gesetz ist auch festgelegt, dass die Krankenhäuser, die bei einer falschen Abrechnung erwischt werden, den Kassen in der Regel nur den überhöhten Betrag zurückerstatten müssen. Außer der Nachzahlung haben die Kliniken nichts zu befürchten. Mit Fairness, moniert Experte Handschuh, habe

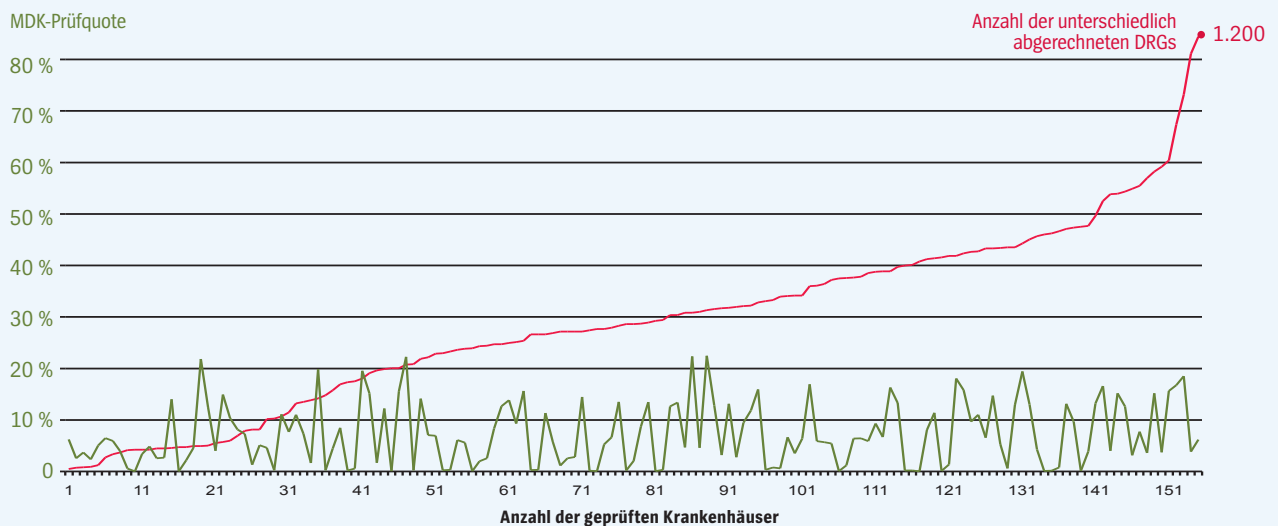
das wenig bis überhaupt nichts zu tun, zumal der AOK durch fehlerhafte Klinikrechnungen jedes Jahr Kosten in Millionenhöhe entstünden.

Keine Anreize für korrektes Abrechnen.

Die nach wie vor hohe Fehlerquote bei den Krankenhausabrechnungen zeige zudem, so Handschuh, dass deren Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) notwendig und wichtig sei. Der Experte verweist in diesem Zusammenhang auf einen aktuellen Bericht des Bundesrechnungshofes (BRH). In seinen „Bemerkungen 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes“ stellen diese fest, „dass viele Krankenhausabrechnungen fehlerhaft sind und zu überhöhten Forderungen an

Kein Zusammenhang zwischen Prüfquote und Leistungsmenge

Anzahl unterschiedlich abgerechneter Fallpauschalen (DRGs) und Anzahl der eingeleiteten MDK-Prüfungen für das Krankenhaus



Je komplexer die Materie, desto häufiger die Fehler – dieses Argument taucht in der Debatte um fehlerhafte Klinikabrechnungen oft auf, wird dadurch aber nicht richtig. Fakt ist: Zwischen der Zahl unterschiedlich abgerechneter DRGs (rote Linie) und der Zahl von Prüfungen des Medizi-

nischen Dienstes der Krankenkassen (MDK; grüne Linie) besteht kein Zusammenhang. Selbst Kliniken, die wenige unterschiedliche DRGs abrechnen, weisen eine hohe MDK-Prüfquote auf. Das geht aus einer Auswertung aus etwa 170 geprüften Häusern hervor. *Quelle: AOK-Bundesverband*

die Krankenkassen von schätzungsweise 875 Millionen Euro führen“. Ausdrücklich bemängelt wird vom Bundesrechnungshof auch das Fehlen von „Anreizen für Krankenhäuser“, korrekt mit den Kassen abzurechnen.

Wie hoch ist der Schaden? Die schwarzgelbe Bundesregierung stuft die öffentlich kursierenden Schadensschätzungen infolge fehlerhafter Klinikabrechnungen derweil als zu hoch ein. Der über eine lineare Hochrechnung der Ergebnisse von beanstandeten Krankenhausrechnungen auf alle Krankenhäuser ermittelte Schaden für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dürfte „überschätzt werden“, heißt es in einer Antwort der Regierung auf eine parlamentarische Anfrage der Bundestagfraktion Die Linke (Drucksache 17/5646).

Die Abgeordneten hatten unter Verweis auf entsprechende Medienmeldungen einen Schaden von 600 Millionen Euro bis 1,5 Milliarden Euro zugrunde gelegt. Die Regierung erklärt hierzu, in der Regel würden alle Krankenhausrechnungen von den Kassen im Hinblick auf Auffälligkeiten oder Verdachtsmomente vorgeprüft und führten „in der weit überwiegenden Zahl der Fälle nicht zu einer Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“.

Aufgrund der Vorprüfung sei davon auszugehen, dass die Fehlerhäufigkeit bei den vom MDK geprüften Rechnungen deutlich größer ist als bei den ungeprüften Rechnungen. Verschiedenen Quellen zufolge könne von einer jährlichen MDK-Prüfquote von zehn bis zwölf Prozent der stationären Behandlungsfälle ausgegangen werden.

Kassen kommen zu anderem Ergebnis.

Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes hat sich der Anteil der als falsch festgestellten Krankenhausabrechnungen an den geprüften Abrechnungen dagegen in den vergangenen Jahren weitaus dramatischer entwickelt als es von der Regierung dargestellt wird: 34,8 Prozent seien es im Jahr 2006 gewesen, 35,4 Prozent im Jahr 2007, 39,2 Prozent im Jahr 2008 und 42,6 Prozent im Jahr 2009. Für 2010 liege mit einer Falschabrechnungsquote von 44,2 Prozent bislang nur ein vorläufiger Wert vor.



Komplexe Leistungen, mehr Fehler? Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wiederum redet die hohe Zahl der Falschabrechnungen mit dem Verweis auf die komplizierte medizinische Materie klein. Tenor: Je mehr und je vielschichtiger Leistungen von einem Krankenhaus erbracht werden, umso eher kommt es zu Fehlern bei der Kodierung, sprich Abrechnung dieser Leistungen in Form der 40.000 Prozeduren- und Diagnoseschlüs-

„Die Anzahl der Prüfverfahren hängt nicht mit der Menge unterschiedlicher medizinischer Leistungen zusammen.“

sel, die in den rund 1.200 Fallpauschalen (DRGs) gruppiert werden.

AOK-Experte Handschuh überzeugt das nicht. Die von den Kliniken behauptete Korrelation zwischen den MDK-Prüfungen und der Zahl der dort abgerechneten Fallpauschalen sei ein „Märchen“, betont er. „Die Anzahl der eingeleiteten Prüfverfahren hängt nicht mit der steigenden Menge an unterschiedlichen medizinischen Leistungen zusammen.“ Auswertungen von Daten einer größeren Gesundheitskasse durch Experten des AOK-Bundesverbandes hätten das klar gezeigt (siehe Grafik).

Verführung zum Upcoding. Erklären lasse sich der stark schwankende Verlauf der MDK-Prüfquote vielmehr dadurch, dass Kliniken bei der Rechnungsoptimierung betriebswirtschaftliche Vorteile erlangen können, welche die Nachteile der Aufde-

ckung von Fehlern bei Weitem überwiegen. „Je mehr sie an der oberen Grenze des Rightcodings codieren und dabei auch schon mal ins Upcoding rutschen, desto größer fällt die mögliche Gewinnmaximierung aus“, sagt Handschuh.

Werde von den Kassen anschließend ein Teil der Fallrechnung als oberhalb des Rightcodings identifiziert und dem MDK zur Prüfung vorgelegt, müsse das Krankenhaus „im schlimmsten Fall“ den Differenzbetrag zurückerstatten. Meist blieben die Überschreitungen aber so unsystematisch, dass kein Vorsatz und damit keine weiteren juristischen Schritte abgeleitet werden könnten.

Gesetzgeber muss rasch nachbessern.

Für die zwölf AOKs und ihre rund 24 Millionen Versicherten sei dies ein unhaltbarer Zustand, so Handschuh. Der Gesetzgeber müsse deshalb rasch handeln und die Modalitäten beim Rechnungsscheck in Kliniken nachbessern. „Vier Jahre Erfahrung mit der einseitigen Malusregelung haben in der Praxis nicht zu einer fehlerfreien Rechnungsstellung der Krankenhäuser und somit auch nicht zu einer Minderung der Prüffaktivitäten der Kassen geführt. Wer dieses System jetzt so weiterführen will, vertritt den Standpunkt, dass Sisyphos eigentlich ergebnisorientierte Arbeit leistet. Solche Verfahrensweisen haben in einem effizienten Gesundheitswesen aber nichts zu suchen.“ Die Menge an zu prüfenden Krankenhausrechnungen könne erst dann geringer werden, wenn die Kliniken ebenfalls durch eine 300 Euro Malusregelung dazu angeregt würden, aus fehlerhaften Abrechnungen stärker als bisher geschehen zu lernen. „Eine einfache, symmetrische Auslegung der Maluszahlung in beide Richtungen ist unverzichtbar.“ ■