

Zahlen für den Rechnungsscheck?

Die Kassen müssen an Kliniken eine Aufwandspauschale zahlen, wenn die Rechnungsprüfer keine Fehler feststellen. Ein Unding, meinen **Jürgen Malzahn** und **Thomas Handschuh**. Haben sich doch die Kontrollen als sinnvoll erwiesen.

Ende 2008 verabschiedete der Bundestag das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG). Auslöser der Reform war das Ende der Konvergenzphase des neuen Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups DRG) und der Wunsch der Bundesregierung, die Krankenhäuser finanziell besser zu stellen. Das parlamentarische Verfahren war von großer Hektik geprägt. Bis zur letzten Minute diskutierten die Regierungsfractionen über die Details der Ausgabensteigerung im stationären Bereich. Fast täglich gab es neue Änderungsanträge. Und wie bei so manchem Gesetzesvorhaben nahm die Politik ohne Anhörung und ausführliche Beratung verschiedene Einzelvorhaben in das KHRG auf. So gelangte auch die Anhebung der Aufwandspauschale von 100 Euro auf 300 Euro in das Gesetz. Diese Pauschale müssen die Krankenkassen an die Kliniken zahlen, wenn der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) bei der Prüfung der Krankenhausrechnungen keine Abrechnungsfehler findet.

Erhöhte Pauschale kommt Kassen teuer. Dass die Politik die Aufwandspauschale per Gesetz angehoben hat, ist erstaunlich. Wollten doch SPD und Union den Ausgabenanstieg im Krankenhausbereich auf 3,5 Milliarden Euro begrenzen. Doch nach Berechnungen des AOK-Bundesverbandes führt die um 200 Euro erhöhte Aufwandsentschädigung zu zusätzlichen Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von ungefähr 200 Millionen Euro (siehe dazu den Beitrag „Flickwerk statt Finanzreform“ in G+G 2/2009).

Angesichts dieses Effekts ist die Anhebung der Pauschale nicht nachvollziehbar und lässt sich bestenfalls nur



Nicht in jedem Fall einwandfrei – die Abrechnung stationärer Leistungen.

durch die Verfahrenshektik erklären. Wie kontraproduktiv die Erhöhung der Pauschale ist, verdeutlicht ein Blick auf die Rechnungsprüfung im Rahmen der stationären Vergütung. Diese hat mit der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 stark an Bedeutung gewonnen. Im DRG-System werden die über 15.000 Diagnosen (ICD) und 29.000 Behandlungsprozeduren (OPS), die bei der Erbringung von stationären Leistungen (Krankenhausfällen) möglich sind, in derzeit über 1.100 unterschiedlichen Fallgruppen zusammengefasst. Dabei wird jede Kombination von ICD und OPS genau einer DRG zugeordnet. Und jede Fallpauschale führt zu einer anderen Vergütungshöhe. Die einzelnen Diagnosen und Prozeduren entscheiden also darüber, wie hoch die Vergütung des einzelnen Krankenhausfalls ist. Für die richtige Verschlüsselung

eines Krankenhausfalls (Kodierung) gibt es außerdem noch ein umfangreiches Regelwerk, das zu beachten ist: die Deutschen Kodierrichtlinien 102.

Dass es bei diesen komplexen Abrechnungsregelungen immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Krankenkassen und Kliniken kommt, versteht sich von selbst. Auch bei einem upcodinganfälligen Abrechnungssystem ist den Krankenhäusern ausdrücklich zuzugestehen, dass Fehlcodierungen (Upcoding) nicht immer absichtliche Manipulationen sind. Aber hier ist es wie beim Schwarzfahren in öffentlichen Verkehrsmitteln. Der Kontrolleur kann auch nicht unterscheiden, ob ein Fahrgast bewusst oder unabsichtlich keinen Fahrschein gekauft hat. Das Bußgeld ist fällig – so oder so.

Grundsätzlich können nach Paragraph 275 Sozialgesetzbuch (SGB) V Absatz

1c die Krankenkassen den Medizinischen Dienst einschalten, wenn sie den Verdacht haben, dass ein Krankenhaus bei einer Abrechnung einen Fehler gemacht hat. Potenzielle Fehlerquellen können unter anderem veränderte Hauptdiagnosen, unklare Diagnose- und Therapiestellungen, veränderte Dokumentation von Prozeduren oder Änderungen aus der jährlichen Überarbeitung der Kodierrichtlinien sein.

Beträge erfolgreich zurückgefordert. Die Krankenkassen lassen ungefähr zehn Prozent der Krankenhausrechnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen. Bei ungefähr 40 Prozent finden sich substantielle Gründe für eine Beanstandung. In einigen Bundesländern sind es sogar 50 Prozent (siehe Grafik „Fehlerhafte Krankenhausrechnungen“). Beanstandungen haben in der Regel Kürzungen des Rechnungsbetrages zur Folge. Die Summe der in den vergangenen Jahren erfolgreich zurückgeforderten Beträge im Krankenhausesektor beläuft sich auf über eine Milliarde Euro. Das entspricht einem Anteil von mehr als zwei Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Krankenhäuser hingegen beklagen immer wieder, dass die Abrechnungsprüfungen viel zu bürokratisch seien. Ihnen gelang es 2007 im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes durchzusetzen, dass die Krankenkassen eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro an die Krankenhäuser zahlen müssen, wenn der Medizinische Dienst bei seiner Prüfung keine Auffälligkeiten findet.

Schon damals war diese Regelung vor dem Hintergrund der hohen Trefferquote der Krankenkassen nicht nachvollziehbar. Zwar mag es Einzelfälle gegeben haben, in denen Krankenhäuser mit Prüfungen des Medizinischen Dienstes überschwemmt wurden. Insgesamt hat sich aber deren Zahl seit Jahren nicht wesentlich erhöht – trotz der hohen Trefferquote. Dennoch glaubte sich der Gesetzgeber veranlasst, die Aufwandspauschale auf nunmehr 300 Euro anzuheben.

Für die Krankenkassen ist die Erhöhung der Aufwandspauschalen völlig unverständlich. So lange fast jede zweite geprüfte Rechnung zu hoch ist, kann

es nicht gerechtfertigt sein, dass die Kassen für die Rechnungsprüfung an die Kliniken zahlen müssen, wenn dabei kein Abrechnungsfehler gefunden worden ist. Hinzu kommt, dass das Bundesversicherungsamt Mitte 2007 die Krankenkassen noch einmal aufgefordert hatte, die Krankenhäuser

Von den geprüften Klinikrechnungen fällt fast jede zweite zu hoch aus.

schärfer zu prüfen (Bundesversicherungsamt, Pressemitteilung Nummer 2/2007). Und auch Professor Jürgen Windeler, Geschäftsführer und Leitender Arzt des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes, merkt zur Notwendigkeit von Rechnungsprüfungen kritisch an: „Das ist Geld, das sonst an anderer Stelle im Gesundheitssystem fehlen würde“ (FTD.de vom 24. Februar 2009, Artikel „Die Abrechnungspolizei“).

Modalitäten reformieren. Nichts kommt so sicher wie die nächste Gesundheitsreform. Und es ist bitter nötig, konstruktive Vorschläge zu entwickeln, um dem Anliegen des Gesetzgebers, das Prüfungsaufkommen zu reduzieren, in fairer Form

Rechnung zu tragen. Die derzeitige Regelung erweckt jedoch den Eindruck, dass Krankenhäusern Spielräume zur sogenannten „Abrechnungsoptimierung“ – gemeinhin auch als Upcoding bekannt – geschaffen werden sollen. Wesentliche Elemente einer Reform der Abrechnungsprüfung muss es aber sein, dass auch die Krankenhäuser ein Risiko tragen, wenn sie keine ordnungsgemäße Rechnungsstellung sicherstellen. Dies wäre beispielsweise mit einer umgekehrten Aufwandspauschale zu realisieren, die die Kliniken für den Fall zu entrichten hätten, dass der Medizinische Dienst Falschabrechnungen feststellt. Ein anderer Weg könnte darin bestehen, dass Stichprobenverfahren nach Paragraph 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in umfangreichem Maße an die Bedürfnisse der Rechnungsprüfung anzupassen. Ob diese Vorschläge zu einer aufwandsärmeren und gleichzeitig effektiven Rechnungsprüfung führen oder ob die notwendige Präzision bei der Rechnungsprüfung nicht einfach durch die Senkung der Aufwandspauschale auf Null Euro am besten erreicht werden kann, ist derzeit eine offene Frage. ■

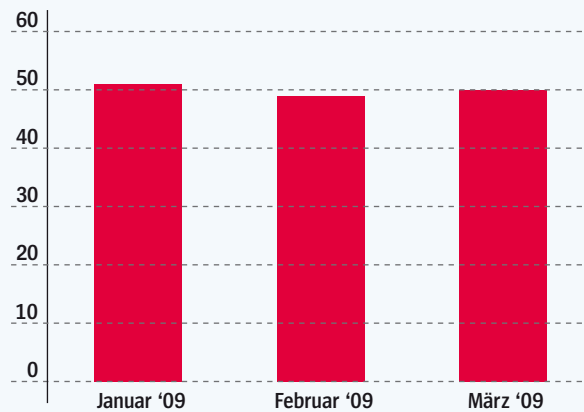
Jürgen Malzahn leitet die Abteilung „Stationäre Versorgung“ im AOK-Bundesverband.

Thomas Handschuh arbeitet im Krankenhaus-Fallmanagement des AOK-Bundesverbandes.

Kontakt: Juergen.Malzahn@bv.aok.de, Thomas.Handschuh@bv.aok.de

Fehlerhafte Krankenhausabrechnungen

Prüfungsergebnisse des MDK für die AOK Hessen Angaben in Prozent



Verdacht geschöpft, überprüfen lassen, Verdacht bestätigt – bei den Krankenhausrechnungen, die der Medizinische Dienst (MDK) von Januar bis März dieses Jahres nach der Begutachtung für die AOK Hessen zurückgesandt hat, bestätigte sich die Vermutung: Die Hälfte war überhöht.

Quelle: AOK-Bundesverband