



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

Berlin, 21.03.2012

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)248(12)

gel. VB zur öAnhörung am 28.3.

12\_Korruption

21.03.2012

# **Stellungnahme**

der

**Deutschen Krankenhausgesell-  
schaft e.V. (DKG)**

zur

**Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Ge-  
sundheit des Deutschen Bundestages**

am 28.03.2012 in Berlin

**zum Antrag der Fraktion der SPD**

**„Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämp-  
fen“**

(BT-Drucksache 17/3685 vom 10.11.2010)

Gegenstand der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 28.03.2012 in Berlin ist der bereits aus dem Jahre 2010 datierende Antrag verschiedener Abgeordneter sowie der Fraktion der SPD, Korruption im Gesundheitswesen wirksam zu bekämpfen (BT-Drucksache 17/3685, 10.11.2010).

## I. Sachstand

Bestandteil dieses Antrages ist unter Lit. II. 2, dass durch entsprechende gesetzliche Regelungen sicherzustellen sei, dass systematische Falschabrechnungen von Krankenhäusern mit spürbaren Sanktionen geahndet werden. Begründet wird die Forderung mit der – nicht nachgewiesenen – Behauptung, Falschabrechnungen in Krankenhäusern führen zu einem Milliarden Schaden für die Krankenkassen, da das bestehende System der Kontrolle von Abrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Anreize zur Falschabrechnung beinhalte. Konkreter Stein des Anstoßes ist die Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V, wonach die Krankenkassen im Falle einer erfolglosen Prüfung – wenn sich also der Rechnungsbetrag auf Grund der MDK-Prüfung nicht gemindert hat – eine Aufwandspauschale von 300 € zu zahlen haben, die Krankenhäuser jedoch im Falle einer nicht korrekten Abrechnung zu Lasten der Krankenkassen aber nur den zu viel berechneten Differenzbetrag an die Krankenkassen entrichten müssen. Dem müsse – so die Auffassung der Fraktion der SPD – durch Einführung einer entsprechenden Sanktionsregelung entgegengetreten werden.

Mit diesem Antrag unterstützt die SPD-Fraktion die ebenfalls seit 2010 verstärkt vom GKV-Spitzenverband – insbesondere über die Medien – veranstaltete Kampagne gegen die Krankenhäuser, in der ihnen vorgeworfen wird, flächendeckend mehr oder weniger bewusst vorgenommene Falschabrechnungen vorzunehmen. Diese Vorwürfe gipfeln in der Behauptung, jede zweite Krankenhausrechnung sei falsch und der Schaden für die Versichertengemeinschaft belaufe sich auf 1,5 Mrd. €. Untermauert werden sollen diese Behauptungen durch ein vom AOK-Bundesverband in Auftrag gegebenes Gutachten des Bielefelder Strafrechtsprofessors Kölbel (unter Mitwirkung des MDK Baden-Württemberg), der auf Grund angeblich fehlender Sanktionsmechanismen für „falsche“ Krankenhausabrechnungen eine „deliktsförderliche Struktur“ in den Krankenhäusern ausgemacht haben will, sich jedoch überwiegend in Allgemeinplätzen und Vermutungen verliert.

Gegen die mit wissenschaftlich fragwürdigen Methoden ermittelten und teilweise sehr polemisch vorgetragenen Vorwürfe hat die DKG in der Vergangenheit mehrfach über die wahren Hintergründe und Fakten informiert, um die Diskussion über Probleme im Zusammenhang mit Krankenhausabrechnungen und MDK-Prüfungen nach §§ 275 ff. SGB V auf einer sachlichen Ebene konstruktiv und zielorientiert zu führen. Bereits im Mai 2010 hat die DKG die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit des Deut-

schen Bundestages sowie die gesundheitspolitischen Sprecher aller Bundestagsfraktionen angeschrieben und auf die tatsächliche Faktenlage hingewiesen. Auch gegenüber dem Bundesrechnungshof wies die DKG darauf hin, dass das unreflektierte Übernehmen der GKV-Behauptungen an der Realität vorbeigehe.

Letztlich veranstaltete die DKG am 11.10.2011 in Berlin mit großem Erfolg eine Veranstaltung, in der über die Thematik der angeblichen Falschabrechnungen informiert, aktuelles Datenmaterial vorgestellt sowie ein Gedankenaustausch mit Vertretern der GKV sowie des MDK geführt wurde. Kernpunkte der Veranstaltung waren zum einen die Vorstellung eines Gutachtens der BDO Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser, das zu dem eindeutigen Ergebnis gekommen ist, dass die Fallprüfungen durch den nicht als unabhängig anzusehenden MDK einen immensen Aufwand auf Seiten der Krankenhäuser verursachen und die Aussagen und Veröffentlichungen der Kostenträger und des MDK zum Thema „Falschabrechnungen im Krankenhaus“ sachlich nicht begründet und insbesondere die Forderung nach Sanktionen für fehlerhafte Abrechnungen durch Krankenhäuser in Form einer symmetrischen Aufwandspauschale unbegründet und systemschädlich sind. Zum anderen wurde der DKG-Vorschlag zur Neugestaltung der Regelungen zur Einzelfallprüfung nach §§ 275 ff. SGB V präsentiert, der das Ziel verfolgt, das Verfahren der Einzelfallprüfung fairer und partnerschaftlicher auszugestalten. Deutlich wurde in der Veranstaltung erneut, dass Zielrichtung der GKV-Kampagne der Wunsch ist, die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V, die Krankenkassen bei erfolglosen MDK-Prüfungen zu zahlen haben, „symmetrisch“ auszugestalten, also auch Krankenhäuser zahlen müssen, deren Abrechnung falsch sei. Der Gesetzesvorschlag der DKG wurde den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages im Rahmen einer Anhörung am 26.10.2011 zugeleitet.

## **II. Fakten**

Leider zeigt die Kampagne des GKV-Spitzenverbandes nach wie vor Wirkung. Die von der Seite der Krankenkassen aufgestellten Behauptungen werden unreflektiert wiederholt, obwohl die DKG mehrfach darauf aufmerksam gemacht hat, dass die Behauptungen des GKV-Spitzenverbandes unwahr sind und die von ihm verbreiteten Zahlen und angeblichen Schadenssummen mit Hilfe von wissenschaftlich fragwürdigen Methoden ermittelt und wesentlich zu hoch angesetzt sind. Auch andere Organisationen, wie z.B. das unabhängige Portal für das Gesundheitswesen [medin-foweb.de](http://medin-foweb.de), stellen Zahlen und Daten zur Verfügung, unter deren Verwendung sich die Problematik der angeblichen flächendeckenden Falschabrechnung durch Krankenhäuser wesentlich weniger dramatisch als vom GKV-Spitzenverband behauptet darstellt.

Vor diesem Hintergrund sollen nochmals die realen Fakten im Zusammenhang mit den behaupteten Falschabrechnungen dargestellt werden, um aufzuzeigen, dass die Behauptungen des GKV-Spitzenverbandes in weiten Teilen ins Leere laufen.

- Es werden sämtliche Krankenhausbehandlungsfälle geprüft, denn alle Fälle durchlaufen eine krankenkasseninterne Vorprüfung, um Auffälligkeiten festzustellen, die die Einleitung einer MDK-Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V rechtfertigen können.
- Hinsichtlich der Zahl der tatsächlich beanstandeten Fälle ergibt sich Folgendes:
  - Behandlungsfälle 2010: 18.024.447
  - durchschnittliche Prüfquote: 11,1 % = 2.000.714 Fallprüfungen
  - Quote zugunsten der GKV: 43,1 % = 862.308 Fälle
  - Dies bedeutet, dass lediglich **4,8 %** sämtlicher Krankenhausbehandlungsfälle letztlich zu Gunsten der GKV **gekürzt** werden und **95,2 %** sämtlicher Krankenhausbehandlungsfälle **nicht beanstandet** werden (Quelle: medinfoweb.de, Frühjahrsumfrage 2011).
- Die Quote der Beanstandungen umfasst alle Fälle einer Beanstandung durch den MDK, also auch Beanstandungen hinsichtlich oberer und unterer Grenzwertweildauer oder lückenhafter Dokumentation, nicht nur reine Kodierprüfungen.
  - Dies bedeutet, dass die Quote der tatsächlichen „Falschabrechnungen“ noch geringer ist, da die meisten Rechnungskorrekturen durch die Nichtanerkennung tatsächlich erbrachter Leistungen entstehen (Quelle: Gutachten der BDO zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser, abrufbar unter dem Link [www.dkgev.de/media/file/10261.BDO-Studie1.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/10261.BDO-Studie1.pdf)).
- Fehlerhafte Abrechnungen sind vielmehr in der Komplexität des Abrechnungssystems (13.275 Diagnoseschlüssel, 25.500 Prozedureschlüssel, 1.194 DRG-Fallpauschalen) begründet (Quelle: Gutachten der BDO, s.o.).
- Bestandteile des Abrechnungssystems sind auf Grund des oftmals hinsichtlich der Kodierung eingeräumten Ermessensspielraums eine Vielzahl legaler Wahlmöglichkeiten zur Kodierung und Abrechnung (Quelle: Gutachten der BDO, s.o.).

- „Interessenunterschiede zwischen Krankenhaus und Krankenkasse können bei der Frage der Notwendigkeit und Dauer eines Krankenhausaufenthaltes oder nach der Richtigkeit der Kodierung zu Auslegungsdifferenzen führen, sofern bei der Beurteilung ein Ermessensspielraum besteht“  
(Quelle: Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Bahr auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 17/5742) vom 05.05.2011).
- Es soll nicht verneint werden, dass fehlerhafte Abrechnungen im Krankenhausbereich existieren. Wogegen jedoch entschieden einzutreten ist, ist die Behauptung, es existiere eine „deliktsförderliche Struktur“. Dagegen sprechen eindeutig, dass
  - nahezu keine staatsanwaltschaftlichen Verfahren anhängig sind  
(Quelle: DAK-Ermittlungsreport 2008/09 zum Fehlverhalten im Gesundheitswesen; Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Bahr, s.o.)und
  - keine Anzeichen für großflächige Falschabrechnungen vorliegen  
(Quelle: Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Widmann-Mauz auf die Anfrage der Abgeordneten Dr. Reimann, BT-Drs. 17/4578).
- Gegenstand der Auseinandersetzungen sind meist Streitfragen vor medizinischem Hintergrund, die oftmals mehrere Auslegungsmöglichkeiten bieten. Wird diese medizinische Streitfrage zu Lasten des Krankenhauses entschieden und kommt es in deren Folge zu einer Rechnungsminderung, kann man keinesfalls von einer vorsätzlichen Falschabrechnung, noch nicht einmal von einer vorsätzlich fehlerhaften Abrechnung sprechen. Vorsatz im Sinne einer bewussten und gewollten Manipulation des Abrechnungsbetrages zu Lasten der Krankenkasse existiert daher in der Regel nicht.
- Der stets vom GKV-Spitzenverband kolportierte „Schaden“ der GKV durch „Falschabrechnungen“ beträgt keinesfalls 1.5 Mrd. €. Grundlage dieser Aussage ist eine Hochrechnung der Krankenkassen auf nicht valider Datenbasis. Dieses Verfahren der Hochrechnung ist wissenschaftlich bedenklich und problematisch:
  - „Der Betrag ergibt sich lediglich auf Grundlage einer methodisch problematischen linearen Hochrechnung der Ergebnisse von den beanstan-

deten Krankenhausrechnungen auf alle Krankenhausfälle, auf Grund der Vorprüfung durch die Krankenkasse ist davon auszugehen, dass die Fehlerhäufigkeit bei den vom MDK geprüften Rechnungen deutlich größer ist als bei den ungeprüften Rechnungen, daher dürfte durch eine lineare Hochrechnung der Schaden überschätzt werden.“

(Quelle: Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Bahr, s.o.).

Richtig ist vielmehr:

- Bei 2.000.714 Fallprüfungen im Jahre 2010
- ergab sich ein durchschnittlicher Erlösverlust von 437 € pro geprüftem Fall (Quelle: medinfoweb.de Frühjahrsumfrage 2011).
- Dies führt zu einem Rückforderungsbetrag von insgesamt 874.312.018 €

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass

- 56,9 % der Fallprüfungen unberechtigt sind
  - und daher in 1.138.406 Fällen die Aufwandspauschale fällig wird.
  - Dies führt zu einer Summe von 341.521.800 €, die als Aufwandspauschale zu zahlen ist.
  - Der **tatsächliche Rückforderungsbetrag** der Krankenkassen beträgt somit maximal 532.790.218 € (ohne Berücksichtigung der Kosten für den MDK, da diese nur krankenkassenintern bekannt sind).
- In den Behauptungen des GKV-Spitzenverbandes finden fehlerhafte Abrechnungen zugunsten der Krankenkassen keine Berücksichtigung, obwohl sie in der Praxis vorkommen:
    - „In meinen Peer Reviews (in diversen Krankenhäusern zu jeweils 100 Krankenakten) hat sich gezeigt, dass im Durchschnitt nur 14 % der Fälle erlösrelevant upgecodet, also zu Ungunsten der Krankenkasse abgerechnet wurden, aber 28 % erlösrelevant downgecodet sind, das heißt, zugunsten der Krankenkasse, was das Optimierungspotential deutlich macht.“ (Quelle: Dr. med. Dietrich Klüber, Mediconsult GmbH, in: Deutsches Ärzteblatt 2011, 108 (31-32)).



- Die tatsächlich durch MDK-Prüfungen realisierten Rechnungskürzungen stellen zudem zum großen Teil Resignationsmasse seitens der Krankenhäuser dar, die oftmals – auch auf Druck der Krankenkassen und aus Furcht vor lang andauernden Sozialgerichtsprozessen mit erheblichen Auswirkungen auf die Liquidität – auf die Durchsetzung ihrer berechtigten Forderungen verzichten.
- Die seitens des GKV-Spitzenverbandes vehement geforderte Aufwandspauschale für falsch abrechnende Krankenhäuser ist unnötig:
  - Nach ihrem Sinn und Zweck soll die Aufwandspauschale verschuldensunabhängig pauschal den Aufwand ausgleichen, der durch eine ergebnislose und damit unnötige MDK-Prüfung dem Krankenhaus entstanden ist, sie stellt aber keine an ein vorwerfbares Verhalten geknüpfte Strafzahlung dar. Nach dem Gesetzeswortlaut und der Gesetzesbegründung fehlt ihr jegliches Verschuldenselement, der Gesetzgeber hat diese Regelung auch bewusst so ausgestaltet. Eine Verpflichtung für die Krankenhäuser, ebenfalls eine Aufwandspauschale zu zahlen, würde ihren Charakter hin zu einem nicht vom Gesetzgeber gewollten Strafzoll ändern.
  - „Da Krankenhäuser keinen Einfluss auf den Umfang des Prüfungsgeschehens und den daraus resultierenden bürokratischen Aufwand haben, sieht das Gesetz für sie keine Aufwandspauschale vor.“  
(Quelle: Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Bahr, s.o.).
  - Es ist und bleibt eine autonome Entscheidung der Krankenkasse, nach Einschaltung verschiedener, ihr zur Verfügung stehender Erkenntnismöglichkeiten (EDV-Prüftools der Krankenkassen, Sozialmedizinische Fallberatung durch den MDK an Hand der Daten nach § 301 SGB V), eine Einzelfallprüfung einzuleiten.
  - Das Krankenhaus dagegen hat keinen Einfluss auf die Einleitung einer Einzelfallprüfung.
  - Daher ist die Forderung nach einer symmetrischen Aufwandspauschale im Ergebnis unbegründet und systemschädlich (Quelle: Gutachten der BDO, s.o.).
- Es besteht kein Bedarf für eine zusätzliche Anreizregelung zum korrekten kodieren, da eine entsprechende Anreizregelung bereits besteht:

- „Für Krankenhausärzte besteht gemäß § 10 Musterberufsordnung eine berufsrechtliche Verpflichtung zu einer korrekten Dokumentation. Darüber hinaus profitiert das Krankenhaus bei einer korrekten Abrechnung von einer niedrigen Prüfquote und einem entsprechend geringen bürokratischen Aufwand, da nach Auswertungen des GKV-SV Krankenhäuser mit einer geringen Fehlerquote seltener geprüft werden als Krankenhäuser mit einer hohen Fehlerquote.“ (Quelle: Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Bahr, s.o.).