

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)248(7)
gel. VB zur öAnhörung am 28.3.
12_Korruption
21.03.2012

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.03.2012

zur Öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit am 28.03.2012

zum Antrag der Abgeordneten Dr. Edgar Franke,
Christine Lambrecht, Bärbel Bas und weiterer
Abgeordneter der Fraktion der SPD

„Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen“
(BT-Drucksache 17/3685)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I.	Vorbemerkung	3
II.	Stellungnahme zu den Punkten des Antrages.....	5
1.	Zur Strafbarkeit niedergelassener Vertragsärzte wegen Korruption.....	5
2.	Sanktionierung der Falschabrechnung im Krankenhaus	6
3.	Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen	7
4.	Zur Schaffung eines neuen Straftatbestandes „Sozialversicherungs- betrug“	9
5.	Stärkung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch Entdeckung der Verwaltungskosten.....	10
III.	Anlage: „Argumentationspapier für eine symmetrische Aufwandspauschale“ bei der Krankenhausabrechnung ..	13



I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde im Jahr 2004 eine gesetzliche Grundlage zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen geschaffen. Nach §§ 197a SGB V, 47a SGB XI haben die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, soweit angezeigt deren Landesverbände und der GKV-Spitzenverband Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet. Diese gehen allen Fällen und Sachverhalten nach, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hindeuten.

Sofern die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bestehen könnte, sind die Stellen verpflichtet, die zuständige Staatsanwaltschaft zu unterrichten. Vor diesem Hintergrund unterstützt der GKV-Spitzenverband die Zielsetzung des Antrags, Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen „wirksam“ zu bekämpfen, nachdrücklich.

Wirtschaftskriminalität und Korruption stellen auch im Gesundheitswesen in weiten Teilen ein absolutes „Dunkelfeld“ dar. Sofern der Antrag deshalb einleitend auf eine Schätzung von Experten des European Healthcare Fraud and Corruption Network zur Höhe der den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland jährlich durch Korruption entstehenden Schäden Bezug nimmt, muss darauf hingewiesen werden, dass Kriterien für eine realistische Beurteilung dieser Schätzung fehlen. Der GKV-Spitzenverband weißt außerdem darauf hin, dass in der dieser Schätzung zugrundeliegenden Studie „The financial cost of Healthcare fraud“ zwar mehrere Länder untersucht wurden, aber nicht die Bundesrepublik Deutschland. Die für die untersuchten Länder gezogenen Schlussfolgerungen lassen sich schon deshalb nicht ohne Weiteres auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland übertragen.

Notwendig ist auch eine Diskussion auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse und belastbarer Daten über das „Hellfeld“. Eine mögliche Quelle für die Ermittlung gesicherter Erkenntnisse zur Höhe der von den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen aufgedeckten Schäden könnte das Berichtswesen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden. Nach der gesetzlichen Regelung in §§ 197a Abs. 5 SGB V, 47a SGB XI ist eine Zusammenführung aller insoweit berichtspflichtigen Institutionen bei einer zentralen Stelle aber nicht vorgesehen.

Der GKV-Spitzenverband hat deshalb mit Vertretern seiner Mitgliedskassen und der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene im Rahmen der



„Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ eine „Standardisierte Fallfassung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ abgestimmt und seinen Mitgliedskassen empfohlen, diese bei der Erstellung der Berichte zugrundezulegen. Erklärtes Ziel dieser Initiative ist es, durch eine Standardisierung und Vereinheitlichung des den Berichten zugrundeliegenden Datenmaterials eine bessere Vergleichbarkeit, Transparenz und Auswertbarkeit der Berichtsinhalte zu erreichen. Mit dem Ende des kürzlich abgelaufenen Berichtszeitraums 2010/2011 sollen erstmals vergleichbare „Kennzahlen“ zur Höhe der bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durchgesetzten Schadenersatzforderungen bzw. realisierten Schadensbeträge erhoben werden.

Auch nach Umsetzung dieser Initiative muss aber realistischerweise davon ausgegangen werden, dass im Zusammenhang mit Wirtschaftskriminalität und Korruption im Gesundheitswesen ein beträchtliches „Dunkelfeld“ bestehen bleibt, dass auch durch effektive und effiziente Kontrollmechanismen nicht aufgedeckt werden kann.



II. Stellungnahme zu den Punkten des Antrages

1. Zur Strafbarkeit niedergelassener Vertragsärzte wegen Korruption

Die der Antragsbegründung zu Punkt 1 zugrundeliegende Forderung nach einer „Klarstellung“ der Rechtslage, ob sich niedergelassene Vertragsärzte wegen Korruptionshandlungen strafbar machen können, wird auch vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt.

„Ergänzende Regelungen im Strafgesetzbuch“ sind jedoch dann entbehrlich, wenn die notwendige Klarstellung durch Auslegung bereits bestehender Straftatbestände rechtssicher erreicht werden kann.

Der niedergelassene, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene Arzt könnte sich wegen Korruptionshandlungen (§§ 331 ff. StGB) strafbar machen, wenn er bei der Wahrnehmung seiner ihm gem. § 73 Abs. 2 SGB V übertragenen Aufgaben (z.B. Verordnung eines Hilfsmittels oder eines Arzneimittels) als Amtsträger im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 2c StGB handelt. Wird dies verneint, könne sich der niedergelassene, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene Arzt aber zumindest als „Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen“ im Sinne des § 299 StGB strafbar machen, wenn er seine ihm gem. § 73 Abs. 2 SGB V übertragenen Aufgaben (z.B. Verordnung eines Hilfsmittels oder eines Arzneimittels) wahrnimmt.

Beide Fragen sind trotz ihrer zweifellos grundsätzlichen Bedeutung höchststrichterlich bislang zwar nicht geklärt. Da insoweit aber eine möglichst einheitliche Handhabung in der Justizpraxis notwendig ist, verbunden mit der Festlegung klarer Auslegungsgrundsätze zum Verständnis der Stellung des Vertragsarztes im Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen kann inzwischen erwartet werden, dass der Große Senat für Strafsachen des BGH diese vom 3. und 5. Strafsenat gem. § 132 Abs. 4 GVG vorgelegten Grundsatzfragen¹ schon in Kürze entscheiden und damit auch die notwendigen Klarstellungen vornehmen wird.

Der GKV-Spitzenverband weist ergänzend darauf hin, dass die in der Antragsbegründung aufgezeigte „Abwegigkeit“ der bisherigen Rechtslage nicht allein im Verhältnis zu angestellten Ärzten im Krankenhaus deutlich wird.

Auch vertragsärztliche Leistungen werden nicht nur von niedergelassenen Vertragsärzten, sondern mit zunehmender Tendenz von angestellten Ärzten erbracht. Die ebenfalls von den Zulassungsausschüssen zu genehmigende Anstellung ist bei einem Vertragsarzt oder in einem MVZ möglich. Der damit entste-

¹ BGH, Beschl. v. 05.05.2011 – 3 StR 458/10; BGH, Beschl. v. 20.07.2011 – 5 StR 115/11

hende Wertungswiderspruch, wonach der im MVZ *angestellte* Arzt als „Angestellter“ den Straftatbestand des § 299 StGB grundsätzlich erfüllen kann, während der im gleichen MVZ *niedergelassene* Vertragsarzt den Straftatbestand des § 299 StGB nicht erfüllt, weil er nach der in der Literatur bislang noch überwiegend vertretenen Ansicht kein „Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen“ sein soll, wird hier erst recht besonders offenkundig.

2. Sanktionierung der Falschabrechnung im Krankenhaus

Die Forderung, durch entsprechende gesetzliche Regelungen sicherzustellen, dass Falschabrechnungen von Krankenhäusern mit spürbaren Sanktionen geahndet werden, wird durch den GKV-Spitzenverband nachdrücklich unterstützt.

Bereits in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011 zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV (BT-Drucksache 17/6906) sowie im Rahmen eines Expertengesprächs im Ausschuss für Gesundheit am 26.10.2011 hat der GKV-Spitzenverband eine spürbare Sanktionierung falsch abrechnender Krankenhäuser vorgeschlagen, durch die konsequent symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V.

Um künftig eine Reduzierung fehlerhafter Krankenhausrechnungen zu bewirken, muss ein Anreiz bei den Krankenhäusern gesetzt werden. Eine an die Krankenkasse zu entrichtende Aufwandspauschale für fehlerhafte Abrechnungen erhöht die Motivation zur korrekten Abrechnung und schafft Risikogleichheit für die Beteiligten des Prüfverfahrens. Auch das Bundessozialgericht stellte fest: „Die Aufwandspauschale ist ein gesetzliches Novum, dem auf Seiten der Krankenkassen keine entsprechende spiegelbildliche Begünstigung gegenübersteht.“²

Seit Einführung des DRG-Systems liegt die MDK-Prüfquote unverändert zwischen 10 und 12 Prozent aller Krankenhausabrechnungen. Ansteigend entwickelte sich jedoch in den letzten Jahren die Erfolgsquote der MDK-Prüfungen: 34,8 % (2006), 35,4 % (2007), 39,2 % (2008), 42,6 % (2009), 45,6 % (2010). Im Jahr 2010 war somit nahezu jede zweite geprüfte Rechnung fehlerhaft.

Anzumerken ist, dass eine Sanktionierung fehlerhafter Abrechnungen ganz grundsätzlich vorgenommen werden muss, unabhängig davon, ob eine systematische Falschabrechnung oder anderweitig bedingt fehlerhafte Abrechnungen vorliegen, aus Unwissenheit oder mangelnder interner Rechnungskontrolle. Für den Schaden von ca. 1,5 Mrd. Euro, der der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihren Versicherten jährlich durch fehlerhafte Abrechnungen von Kranken-

² BSG, Urt. v. 22.06.2010 - B 1 KR 29/09 R



häusern zugefügt wird, ist dies letztlich auch unerheblich. Das Herumdoktern an Symptomen (sprich der Prüfung) löst das Problem nicht. Nur Sanktionen können eine Verhaltensänderung bei den Krankenhäusern bewirken, d.h. den Anstoß zur internen Fehlersuche liefern.

Der Wirkmechanismus der Sanktion muss zum Einen dazu führen, dass insbesondere der absichtlich überhöhten Rechnungslegung ein Riegel vorgeschoben wird, darf aber gleichzeitig nicht die z.B. durch Nachlässigkeit oder Nichtbeachtung von Kodierrichtlinien entstehenden Falschabrechnungen von der Sanktionierung ausschließen. Die Entstehung von Falschabrechnungen in Krankenhäusern allein auf Abrechnungsbetrug zurückzuführen und damit die Diskussion auf einen Teilbereich zu begrenzen, greift zu kurz und spiegelt die Realität unzureichend wieder.

Unter Beachtung dieser grundsätzlichen Überlegungen ist es sinnvoll, neben einer symmetrischen Ausgestaltung der sogenannten Aufwandspauschale auch andere Möglichkeiten der Sanktionierung in Erwägung zu ziehen. Der GKV-Spitzenverband hat bereits im Jahr 2010 auch alternative Sanktionierungsmöglichkeiten vorgeschlagen. Eine Kopplung der Sanktion an die Höhe des falsch abgerechneten Betrages würde die interne Rechnungskontrolle der Krankenhäuser umgehend verbessern und insbesondere hochpreisige Abrechnungsfehler reduzieren, ganz unabhängig von deren Zustandekommen. Hochpreisige Abrechnungsfehler können sich sowohl aus wiederholt auftretenden kleineren Rechnungssteigerungen, als auch aus extrem hohen Differenzen in wenigen Einzelfällen rekrutieren.

Im aktuellen Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern sind ergänzende Informationen über die Ergebnisse der Rechnungsprüfung zusammengestellt (Anlage).

3. Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen

Auch die Forderung, über die Bundesregierung auf die Länder einzuwirken, damit diese besonders qualifizierte Schwerpunktstaatsanwaltschaften und Ermittlungsgruppen bei der Kriminalpolizei errichten, um Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen zu verfolgen, wird durch den GKV-Spitzenverband nachdrücklich unterstützt.

Insofern handelt es sich um eine zentrale Forderung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Schon in der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 12.11.2008 hat der GKV-Spitzenverband unter Hinweis auf die erforderliche Optimierung der Voraussetzungen der Bekämpfung von



Fehlverhalten im Gesundheitswesen hervorgehoben, dass mit einer deutlich größeren Anzahl von Schwerpunktstaatsanwaltschaften auch den Vermögensstraf-taten und der Korruption im Gesundheitswesen wirksamer begegnet werden könnte.

In seinem Tätigkeitsbericht für den Berichtszeitraum 2008/2009, der dem Bundesministerium für Gesundheit gem. § 197a Abs. 5 SGB V zugeleitet wurde, hat der GKV-Spitzenverband ferner ausgeführt, dass bei den bislang mit entsprechenden Einzelfällen befassten Staatsanwaltschaften häufig keine fundierten Fachkenntnisse über die z.T. komplexen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen. Durch die Konzentration sachlicher Zuständigkeiten könnten zugleich justizielle Ressourcen freigelegt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat dieses Anliegen in seinem dritten Bericht zu den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen vom 24.05.2011 (Ausschussdrucksache 17(14)0137) ausdrücklich befürwortet. Danach hat das Bundesministerium für Gesundheit bereits Mitte 2009 die Länder um Unterstützung dieses Anliegens und um eine entsprechende Umsetzung gebeten, da allein die Länder auf der Grundlage des Gerichtsverfassungsgesetzes dieser Forderung nachkommen können.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes sind die insoweit aufgeforderten Landesregierungen bislang aber noch nicht sichtbar tätig geworden. Vielmehr ist an dieser Stelle ausdrücklich auf entsprechende aktuelle Anträge der Landtagsfraktionen von Bündnis 90/Die Grünen in den Landtagen Sachsen (vgl. LT-Drucksache 5/5542) und Bayern (vgl. LT-Drs. 16/10448) hinzuweisen.

Der GKV-Spitzenverband stellt fest, dass gegenwärtig nur in zwei Bundesländern spezielle Schwerpunktstaatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Vermögensstraf-taten bzw. Korruption im Gesundheitswesen eingerichtet sind, in Hessen und Thüringen. Darüber hinaus gibt es nur in wenigen Bundesländern entsprechend spezialisierte Fachkommissariate der Kriminalpolizei, namentlich in Berlin, Bremen, Brandenburg, Rheinland-Pfalz und im Saarland.

Bei den Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens handelt es sich im Allgemeinen um Wirtschaftsstrafverfahren, aber im Besonderen um eine absolute Spezialmaterie. Das zugrundeliegende Sozialversicherungsrecht ist komplex, da nicht nur die gesetzlichen, sondern auch die vertraglichen Vorgaben zu den Leistungs- und Abrechnungsbeziehungen im Gesundheitswesen zu beachten sind. Das Gesundheitswesen als Tatort ist in seiner Entwicklung außerdem extrem dynamisch, da sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen bekanntlich häufig ändern. Darauf müssen die Strafverfolgungsbehörden aber auch reagieren können.



Voraussetzung ist deshalb eine zeitliche und personale Kontinuität in der Beschäftigung mit der sozialversicherungsrechtlichen Materie. Eine effektive und effiziente Sachbearbeitung wird dort erfolgen, wo sich Staatsanwälte über einen längeren Zeitraum mit dieser Spezialmaterie beschäftigen und die entsprechende Expertise aufbauen können.

Welche Organisationsform dazu geschaffen wird, ist eine Frage, deren Beantwortung von landesspezifischen Besonderheiten abhängt. Ein zentralistisches Konzept, wie in Hessen oder Thüringen, ist dabei sicher nicht zwingend. Die spezialisierte Bearbeitung kann auch durch die Landgerichtlichen Staatsanwaltschaften geleistet werden. Hilfsweise sollte aber bei jeder Staatsanwaltschaft zumindest ein Ansprechpartner bestimmt werden, der über besondere Fachkenntnisse hinsichtlich vermögensschädigenden Fehlverhaltens in der gesetzlichen Krankenversicherung verfügt.

4. Zur Schaffung eines neuen Straftatbestandes „Sozialversicherungsbetrug“

Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass im Bereich des Sozialversicherungsrechts der im Strafrecht geläufige Vermögensbegriff, wonach ein Schaden nach dem Prinzip der Gesamtsaldierung eintritt, von der Rechtsprechung modifiziert wird.

Nach der „streng-formalen Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts“ ist eine Leistung selbst dann, wenn sie tatsächlich erbracht wurde, sozialrechtlich nicht erstattungsfähig und damit zugleich als strafrechtlicher Vermögensschaden zu qualifizieren, wenn die Leistung nicht in allen Bereichen den gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen genügt.

Auf der Grundlage dieser streng-formalen Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts kommt die strafrechtliche Rechtsprechung somit aber auch nach „derzeitiger Rechtslage“ stets zu dem Ergebnis, dass ein Vermögensschaden nach § 263 StGB entstanden ist.³ Insoweit handelt es sich inzwischen sogar um eine „gefestigte Rechtsprechung“.⁴

Zwar ist nicht zu verkennen, dass auch die Strafgerichte die Gefahr erkannt haben, dass der Anwendungsbereich des „normalen“ Betrugstatbestandes ausgedehnt werden könnte. Zugleich ist aber darauf hinzuweisen, dass das Bundesverfassungsgericht diese in der Literatur kritisierte Rechtsprechung nicht beanstandet hat. Die gefestigte BGH-Rechtsprechung verstößt jedenfalls nicht gegen

³ BGH, Beschl. v. 28.09.1994 – 4 StR 280/94; BGH, Urt. v. 05.12.2002 – 3 StR 161/02

⁴ So ausdrücklich BGH, Beschl. v. 25.01.2012 – 1 StR 45/11



Art. 103 Abs. 2 GG, der mögliche Wortsinn des Strafgesetzes sei offensichtlich nicht überschritten.⁵

Der GKV-Spitzenverband weist im Zusammenhang mit dem im Antrag dargestellten Beispiel klarstellend darauf hin, dass es sich bei den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen wegen Abrechnungsbetruges in den „Berliner DRK-Kliniken“ um die ambulante Leistungserbringung im MVZ durch nicht ausreichend qualifizierte Ärzte handelt. Die Abrechnung der in Rede stehenden interventionellen radiologischen Leistungen erfolgt dabei nicht gegenüber den „Kassen“, sondern gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und ist an den Facharztstatus und zusätzliche Voraussetzungen geknüpft, die in einer Qualitätssicherungsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung fixiert sind.

Der GKV-Spitzenverband weist präzisierend darauf hin, dass in Folge der budgetierten Gesamtvergütung ganz überwiegend ein Vermögensschaden der ordnungsgemäß abrechnenden Vertragsärzte der Kassenärztlichen Vereinigung entstanden ist.⁶ Ein Vermögensschaden „der Kassen“ ist teilweise entstanden, sofern darüber hinaus extrabudgetäre Leistungen oder Materialkosten abgerechnet worden sind.

5. Stärkung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch Entdeckung der Verwaltungskosten

Die dem Punkt 5 zugrundeliegende Forderung, den personellen Ausbau der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nicht durch die Deckelung der Verwaltungskosten der Krankenkassen zu verhindern, wird nachdrücklich unterstützt.

Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass der Begriff „Profit-Center“, der eine reine Ausrichtung am monetären Erfolg impliziert, im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nicht dem Sinn und Zweck des Gesetzes entspricht. Nach § 197a Abs. 1 und 2 SGB V haben die Stellen allen Hinweisen nachzugehen, die auf Grund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

Bereits in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011 zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV (Drucksache 17/6906) hat der GKV-Spitzenverband gesetzlichen Änderungsbedarf bei der Regelung des § 4 Abs. 4 Satz 2 SGB V eingefordert.

⁵ BVerfG, Beschl. v. 08.09.1997 – 2 BvR 2414/97

⁶ Vgl. *Hellmann/Herffs*, Der ärztliche Abrechnungsbetrag durch Vertragsärzte, 2006, Rn 163, 202



Diese Regelung begrenzt die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Jahre 2011 und 2012 auf den Stand der Verwaltungsausgaben des Jahres 2010.

Es ist notwendig, die Begrenzung der Verwaltungsausgaben so auszugestalten, dass gesundheitspolitische Zielsetzungen einerseits und Ausgaben dämpfende Maßnahmen des Gesetzgebers andererseits, nicht konterkariert werden. Ein weitgehend ausnahmsloser Ausgabendeckel für Verwaltungsausgaben gefährdet die effiziente Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben.

Ein offensichtliches Beispiel dafür ist die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen zur Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. § 197 a SGB V. Diese Stellen stärken – ausweislich der Gesetzesbegründung – „den effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich“.

Der personelle Ausbau der bei allen gesetzlichen Krankenkassen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist geboten, um allen Hinweisen und Fällen, die auf Unregelmäßigkeiten oder die rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten, „nachzugehen“. Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen sind – wie alle anderen Formen von Wirtschaftskriminalität – ein reines „Kontrolldelikt“.

Demgegenüber führt die gesetzliche Verwaltungskostendeckelung auch im Jahr 2012 dazu, dass alle Krankenkassen, die sich stärker für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen engagieren wollen, mit finanziellen Nachteilen bestraft werden: Jede notwendige Verstärkung von Kontrollmaßnahmen bewirkt zwangsläufig eine Erhöhung der Personal- und Sachkosten auf der Ausgabe- und Einnahmenseite.

Im Ergebnis einer erfolgreichen Ermittlung und Prüfung können von den Stellen nicht nur Schadenersatz-Forderungen durchgesetzt werden, die später auf die Einnahmenseite der jeweiligen Krankenkasse zurückfließen. Die verstärkte, zunehmend kassenartenübergreifende, Verfolgung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen entfaltet darüber hinausgehende generalpräventive Wirkung.

Der GKV-Spitzenverband fordert eine gesetzliche Öffnungsklausel, die sicherstellt, dass Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für Aufgaben, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben wahrzunehmen sind, von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen werden.

Dadurch wird außerdem die kassenartenübergreifende Zusammenarbeit weiter gefördert, bei der eine federführende Kasse zusätzliche und personalintensive



Aufgaben im Zusammenhang mit der Ermittlung und Prüfung kassenartenübergreifender Fälle übernimmt. Die Krankenkassen in den einzelnen Bundesländern richten zunehmend kassen(arten)übergreifende Prüfgruppen ein, um systematischer und effektiver Fehlverhalten im Gesundheitswesen aufdecken zu können. Der Bundesrechnungshof hat der Bundesregierung in seinen Bemerkungen 2009 sogar empfohlen, über den GKV-Spitzenverband auf die Bildung entsprechender Prüfgruppen hinzuwirken.

Deshalb muss in § 4 Abs. 4 Satz 4 SGB V gesetzlich klargestellt werden, dass Mehrausgaben, die aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. § 197a SGB V entstehen, nicht länger von der Begrenzung der Verwaltungskosten nach § 4 Abs. 4 Satz 2 SGB V umfasst sind.



III. Anlage: „Argumentationspapier für eine symmetrische Aufwandspauschale“ bei der Krankenhausabrechnung



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 für eine symmetrische Aufwandspauschale

Berlin, 16. August 2011



Bundesrechnungshof kritisiert fehlende Anreize für korrekte Krankenhausabrechnungen

Mit Interesse hat der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) die am 12.04.2011 veröffentlichte Analyse des Bundesrechnungshofes zur Prüfung der Krankenhausabrechnungen aufgenommen. Der Bundesrechnungshof stellte fest, dass viele Krankenhausrechnungen fehlerhaft sind und insbesondere Anreize für die Krankenhäuser fehlen, um korrekt abzurechnen (vgl. Bemerkungen 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes – weitere Prüfungsergebnisse, Punkt 5.2).

Nach Meinung des Bundesrechnungshofes soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prüfen, ob die Krankenhäuser künftig neben der Rückzahlung zu hoch abgerechneter Beträge an die Krankenkassen zu einer zusätzlichen pauschalen Zahlung verpflichtet werden. Der GKV-SV sieht sich damit in seiner Forderung an den Gesetzgeber bestätigt, die Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1 c SGB V künftig symmetrisch auszugestalten.

Die Forderungen des GKV-Spitzenverbandes zu Abrechnungsprüfungen in Krankenhäusern (vgl. Argumentationspapier vom 02.11.2010) gelten weiterhin:

- Prüfungen von Krankenhausabrechnungen sind unabdingbar. Sie resultieren aus der gesetzlichen Prüfverpflichtung und dem Wirtschaftlichkeitsgebot.
- Die Erfolgsquote spricht unverändert für die Notwendigkeit der Prüfungen. Zwei von fünf geprüften Rechnungen erwiesen sich bislang als fehlerhaft oder ungerechtfertigt – 2010 war dann mit 45,6 Prozent nahezu jede zweite geprüfte Abrechnung falsch.
- Die Aufwandspauschale ist künftig symmetrisch auszugestalten. Upcoding und Fehlbelegung dürfen nicht risikolos sein. Das Problem sind nicht die Prüfungen, sondern falsche Abrechnungen.

Anhand der MDK-Prüfergebnisse des Jahres 2010 wird nachfolgend gezeigt, welchen Trend die Abrechnungsprüfungen aktuell aufweisen.

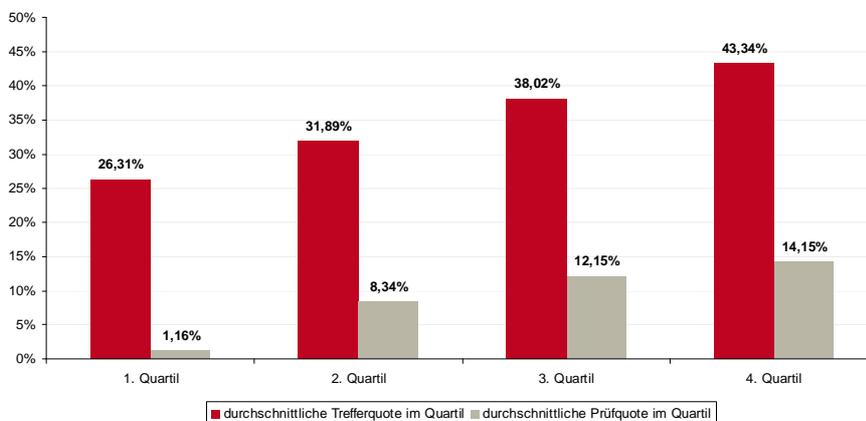


Aktuelle Ergebnisse von MDK-Prüfungen im Jahr 2010

Durchschnittlich 11,6 %¹ der Krankenhausabrechnungen wurden im Jahr 2010 einer MDK-Prüfung unterzogen. Im Schnitt waren 45,6 %² der geprüften Rechnungen zu Gunsten der Kassen zu korrigieren. Somit ist die Trefferquote gegenüber dem Jahr 2009 nochmals um 3 Prozentpunkte gestiegen. Die für 2009 getroffene Aussage, dass zwei von fünf geprüften Rechnungen falsch gestellt wurden, ist damit überholt. Die bundesweite Auswertung für das Jahr 2010 zeigt, dass mittlerweile fast jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung korrigiert werden muss. Die erneut angestiegene „Trefferquote“ macht deutlich, dass Krankenkassen und Medizinische Dienste immer besser in der Lage sind, anhand von Aufgreifkriterien fehlerhafte Rechnungen zu identifizieren. Einzelne Krankenkassen erreichten mit zielgerichteten Prüfungen erneut überdurchschnittliche Werte von beispielsweise 57 %, so dass in diesem Fall sogar mehr als jede zweite geprüfte Rechnung als korrekturbedürftig einzustufen ist.

Beispielhaft lässt sich nachvollziehen, dass Prüf- und Trefferquote nicht zusammenhanglos nebeneinander stehen. Eine Aufteilung der Krankenhäuser nach Quartilen zeigt eine unterdurchschnittliche Trefferquote von 26 % bei durchschnittlich 1 % geprüften Fällen für das untere Quartil. Hingegen weisen die Krankenhäuser im oberen Quartil eine hohe Trefferquote von 43 % bei einer durchschnittlichen Prüfquote von 14 % auf (vgl. Abb. 1). Krankenhäuser mit erfahrungsgemäß korrekter Kodierung und Fallabrechnung profitieren also von zielgerichteter Prüfung, denn die Kassen konzentrieren sich verstärkt auf Krankenhäuser mit vielen fehlerhaften Rechnungen.

Abb. 1 Verteilung von Prüf- und Trefferquoten bei Krankenhäusern am Beispiel einer Krankenkasse (> 1 Mio. Versicherte), 1. - 3. Quartal 2010



¹ Die an der Ermittlung der vorläufigen durchschnittlichen Prüfquote beteiligten Krankenkassen repräsentieren nahezu ein Drittel aller gesetzlich Versicherten.

² Auswertung der MDK-Prüfergebnisse durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)



Rechnungen sind nicht nur dann notwendigerweise als fehlerhaft einzustufen, wenn diese auf falsche Kodierung zurückgehen. Das Gesetz sagt klar, dass auch die Fragestellung, ob die Voraussetzungen zur vollstationären Leistungserbringung durch das Krankenhaus überhaupt vorgelegen haben, ein mindestens gleichberechtigter Prüfgegenstand ist. Gleiches gilt für Art und Umfang der Leistung. Hätte eine Operation ambulant erbracht werden können (primäre Fehlbelegung) oder war der Krankenhausaufenthalt länger als nötig (sekundäre Fehlbelegung), führt dies ebenfalls zu überhöhten und damit fehlerhaften Abrechnungen.

Ordnet man die Prüfgründe der MDK-Prüfungen den drei großen relevanten Prüfkategorien primäre und sekundäre Fehlbelegung sowie Kodierung zu, zeigt sich hinsichtlich sekundärer Fehlbelegung und Kodierung ein ausgewogenes Verhältnis (vgl. Abb. 2).

Abb. 2 Prüfgründe 2010, Verteilung nach Hauptkategorien³

Prüfgründe	Niedrigster Anteil	Höchster Anteil
Primäre Fehlbelegung	10 %	17 %
Sekundäre Fehlbelegung	33 %	42 %
Kodierung	31 %	41 %

Hochrechnung des Schadens durch Falschabrechnung

Die durch den GKV-Spitzenverband durchgeführte Hochrechnung des Gesamtschadens, der der GKV durch zu hohe oder unberechtigte Krankenhausrechnungen entsteht, sorgte im Jahr 2010 für Aufsehen. Dieses Aufsehen war und ist durchaus berechtigt. Nicht jedoch, weil die Berechnung in Höhe von 1,5 Mrd. Euro zu hoch gegriffen wäre, sondern weil es in der Tat Aufsehen erregend ist, welche hohen Beträge in der Summe den Krankenkassen und damit letztlich den Versicherten unberechtigterweise entzogen werden – sei es durch Fahrlässigkeit, durch über das normale Maß hinausgehende Erlösoptimierung oder gar durch systematische Falschabrechnung.

Die Hochrechnung des GKV-Spitzenverbandes stützt sich nicht auf die Falschabrechnungsquote, die noch um eine zusätzliche, nicht bezifferbare Fehlerquote zu ergänzen wäre, sondern auf die durch neutrale Prüfinstitutionen ermittelten Rückerstattungsquoten. Die vorgenommene Hochrechnung geht davon aus, dass die durchschnittliche Rückerstattungsrate der durch den BRH geprüften Kassen durchaus auf die Gesamtheit der Krankenkassen übertragbar ist. Eine zweite Hochrechnung trifft

³ An der Auswertung der Prüfgründe beteiligten sich Krankenkassen, die ca. ein Fünftel der GKV-Versicherten repräsentieren. Datengrundlage: 1. Halbjahr 2010, teils 3. Quartal 2010



die Annahme, dass bei adäquater Prüfweise die höchste durch den BRH festgestellte Rückerstattungsquote von allen Krankenkassen erreicht werden könnte. Der BRH hatte bei den geprüften Krankenkassen im Jahr 2007 eine durchschnittliche Rückerstattungsquote von 1,75 % und als höchste Rückerstattungsquote 2,71 % festgestellt.

Bezieht man diese auf das zu erwartende Ausgabevolumen für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2010 (ca. 58,5 Mrd. Euro), bedarf es keinesfalls einer nach unten gerichteten Korrektur der Hochrechnung von bis zu 1,5 Mrd. Euro (vgl. Abb. 3).

Abb. 3 Hochrechnung unverändert aktuell

Jahr	Ausgabevolumen Krankenhausbehandlung	Rückerstattungsquoten lt. Bundesrechnungshof	Potenzielles Rückerstattungs-volumen/ Potenzieller Gesamt-schaden
2010	58,5 Mrd. Euro (Schätzung)	1,75 % durchschnittlich	1,02 Mrd. Euro
		2,71 % best practice	1,58 Mrd. Euro

Neben der Hochrechnung auf Basis von Prüfdaten des BRH zeigen aktuelle Auswertungen der AOK einen jährlichen Betrag von ca. 500 Mio. Euro, den allein die AOK durch Rechnungsprüfungen zurückholt.⁴ Auch weitere Krankenkassen (wie z. B. die BARMER-GEK in Niedersachsen) erreichten eine Rückerstattungsquote von etwa 3 % (vgl. MDK Niedersachsen), also deutlich über dem höchsten vom BRH festgestellten Wert.

Zusätzlich zur aktuellen Trefferquote bei MDK-geprüften Rechnungen in Höhe von durchschnittlich 45,6 % sind in den nicht MDK-geprüften Rechnungen weitere Fehler anzunehmen. Welche Ausprägung die Fehlerquote dort auch hat, in jedem Fall gibt es bislang unentdeckte Falschabrechnungen. Derzeit befasst sich ein erstes wissenschaftliches Projekt (Kölbel, R./Universität Bielefeld: Unternehmenskriminalität im Gesundheitssystem) mit Fehlerarten und deren Entstehungsmechanismen bei Krankenhausrechnungen. Jegliche Quantifizierung der Fehlerquote im sogenannten „Dunkelfeld“ wäre momentan noch reine Spekulation.

Stellvertretend sei ein Phänomen erwähnt, das sich durch überzufällige Häufungen bestimmter Gewichtsangaben bei Frühgeborenen in der Abrechnung zeigt. Abbildung 4 verdeutlicht die statistisch nicht begründbare Häufung des Geburtsgewichts von Frühgeborenen beispielhaft. Auffallend viele Säuglinge wiegen 740 bis 749 g, so dass eine höherwertigere DRG (P61D) abgerechnet werden kann. Ab einem Geburts-

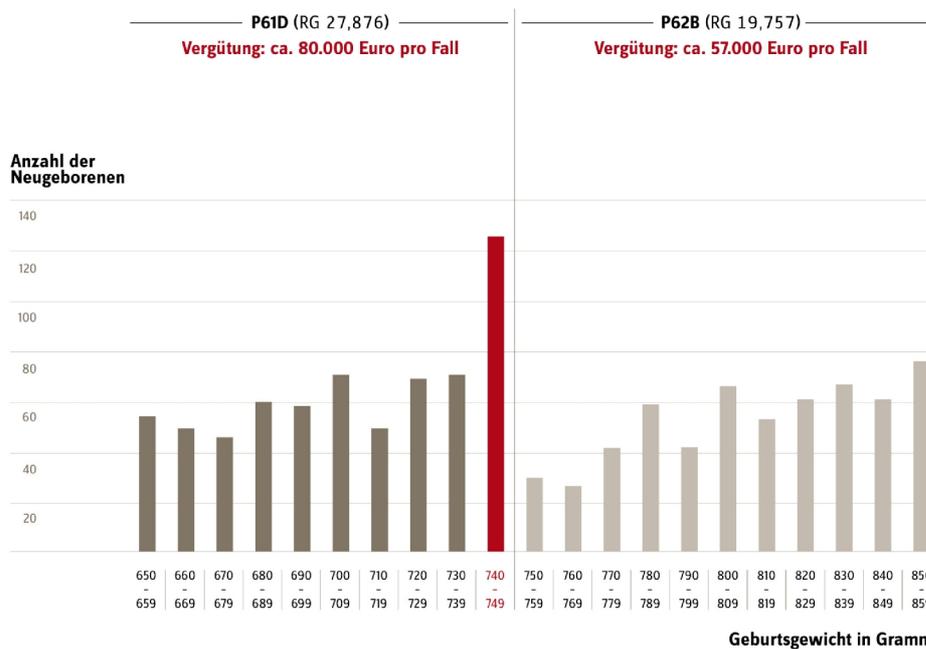
⁴ Die AOK repräsentieren etwa ein Drittel der GKV-Versicherten.



gewicht von 750 g wäre die DRG P62B abzurechnen. Offensichtlich wissen schon die Frühgeborenen um die Bedeutung der richtigen Geburtsgewichtsklasse.

Abb. 4 Überzufällige Häufung von Angaben zum Geburtsgewicht bei besonders kleinen Frühgeborenen im Jahr 2009⁵

Vergütung beispielhaft für sogenannte Normlieger, DRG-Katalog 2009



In den übrigen Gewichtsklassen der Frühgeborenen stellt sich das Phänomen vergleichbar dar. Ähnliche überzufällige Häufungen sind bei Krankenhausfällen mit Beatmungsstunden hinsichtlich der Zeitangaben an erlösrelevanten „Sprüngen“ zu verzeichnen.

Nicht das System, sondern das Abrechnungsverhalten muss sich ändern

Das DRG-System ist in der Tat komplex. Jedoch müssen sich sowohl Leistungserbringer als auch Kostenträger mit diesem System auseinandersetzen, so dass Schwierigkeiten in der Handhabung des Systems auf beiden Seiten zu konstatieren wären. Prinzipiell mögen weniger komplexe Systeme zwar leichter handhabbar sein. Die Ursachen für Falschabrechnungen lassen sich jedoch ganz überwiegend ohne eine Systemveränderung spürbar reduzieren, wenn die Krankenhäuser korrekt abrechnen. Beispielsweise, indem die Angabe nicht oder nicht im behaupteten Umfang geleisteter Beatmungsstunden unterbleibt und nicht verabreichte Medikamente nicht als Zusatzentgelt abgerechnet werden (vgl. Fallbeispiele S. 9/10). Gewissenhaftes

⁵ Auswertung des GKV-Spitzenverbandes; Preisberechnung beispielhaft mit Basisfallwert 2.900 Euro



und auf Fakten beruhendes Abrechnen ist erforderlich und sollte systemunabhängig selbstverständlich sein.

Zu bedenken ist auch, dass die Kodierung zwar auf umfängliche Klassifikationssysteme zurückgreift, diese jedoch in aller Regel bereits durch das Versorgungsspektrum des Krankenhauses eine Einschränkung erfahren, so dass für die Abrechnung eines Krankenhauses jeweils nur in durchaus stark begrenztem Maße die Auswahl aus dem Diagnose- und Prozedurenspektrum zu treffen ist. Gleiches gilt für die Auswahl der abzurechnenden Fallpauschalen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) konstatiert, dass „bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen rund 75 % aller abrechenbaren vollstationären Fälle“ abbilden. Und weniger als 400 Krankenhäuser der 1.650 untersuchten Krankenhäuser rechneten während des Jahres 2009 mehr als 500 DRG-Fallpauschalen ab (vgl. InEK: Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2011).

Abrechnungsverhalten durch symmetrische Aufwandspauschale ändern

Angesichts der Häufigkeit von Falschabrechnungen stellt sich die Frage, wie der dargestellten Situation entgegengewirkt werden kann. Die Prüfhäufigkeit kann erst dann reduziert werden, wenn ein spürbarer Rückgang der Fehlerquote zu verzeichnen ist. Von daher genügt es keinesfalls, bestehende Prüfinstrumente anzupassen oder ein neues Verfahren zu etablieren. Denn bliebe die einzige Konsequenz bei Falschabrechnung weiterhin die Rückzahlung des zu Unrecht erlösten Betrages, wäre das Entdeckungsrisiko für falsch abrechnende Krankenhäuser auch künftig nicht von Belang. Jeglicher präventiver Ansatz fehlte weiterhin.

Um die Fehlerquote abzusenken, ist dringend ein Anreiz erforderlich, um die Krankenhäuser zur sachgerechten Abrechnung zu motivieren. Vorgeschlagen wird deshalb durch die GKV die symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale. „Symmetrisch“ heißt, dass je nach Sachlage entweder durch das Krankenhaus (im Falle der Falschabrechnung) oder durch die Krankenkasse (im Fall von nach erfolgter Prüfung nicht zu korrigierenden Rechnungsbeträgen) die Aufwandspauschale zu leisten ist.

Die Kosten für MDK-Prüfungen tragen die Krankenkassen übrigens in mehrfacher Hinsicht allein. Zum einen finanzieren die Krankenkassen den Prüfaufwand der Medizinischen Dienste. Zum anderen finanzieren sie über die Vergütung der Krankenhausleistungen den auf Seiten der Krankenhäuser entstehenden Aufwand bereits in vollem Umfang. In der Kalkulation des jährlichen DRG-Kataloges wird der den Krankenhäusern entstehende Aufwand im Zusammenhang mit MDK-Prüfungen nicht ausgegliedert, sondern fließt in die Kostengewichte ein. Die den Krankenkassen auferlegte „Aufwandspauschale“ nach § 275 Abs. 1c SGB V ist also ein zusätzlicher Bonus für Krankenhäuser.



Auch das Bundessozialgericht stellte in seinem Urteil vom 22.06.2010 (B 1 KR 29/09 R) fest: „Die Aufwandspauschale ist ein gesetzliches Novum, dem auf Seiten der Krankenkassen keine entsprechende spiegelbildliche Begünstigung gegenübersteht. Im Gegenzug kann die Krankenkasse nicht etwa für jede erfolgreiche Prüfung oder für einen besonders hohen Prüfungsaufwand eine Pauschale beanspruchen“. Dies macht mehr als deutlich, dass der Gesetzgeber mit der asymmetrischen Aufwandspauschale ein Ungleichgewicht geschaffen hat. Angesichts der mehrfachen Kostentragung der Krankenkassen für MDK-Abrechnungsprüfungen ist eine Änderung der geltenden gesetzlichen Regelung äußerst dringlich.

Neben Krankenhäusern mit geringen Prozentsätzen an fehlerhaften Abrechnungen gibt es eine Reihe extrem auffälliger Krankenhäuser. Beispielhaft sei auf ein Krankenhaus verwiesen, dessen MDK-geprüfte Abrechnungen sich zu 65 % als fehlerhaft erwiesen. Alle drei Kategorien an Prüfgründen führten zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 400.000 Euro. Eine künftige Konsequenz im Sinne einer an die Krankenkassen zu zahlenden Aufwandspauschale könnte bei Krankenhäusern wie diesem ein Umdenken einleiten.

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. Die alternativ zu bedenkende Streichung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V würde zwar keinen Anreiz für die Krankenhäuser zur korrekten Abrechnung bewirken, jedoch zumindest die Ungleichbehandlung von Krankenhäusern und Krankenkassen beenden.



Fallbeispiele

Fall 1 „Falsche Nebendiagnose“

Im Mai 2010 wurde ein 72-jähriger Patient während eines 21-tägigen Krankenhausaufenthaltes wegen Akuter Myeloischer Leukämie behandelt (Hauptdiagnose C92.00). Die Nebendiagnose D70.10 ist nur kodierbar, wenn die Anzahl der Leukozyten weniger als 1.000 je Mikroliter Blut beträgt. Die MDK-Begutachtung des Abrechnungsfalles stellte fest, dass die Leukozytenzahl von 2.200 je Mikroliter Blut während des gesamten Aufenthaltes nicht unterschritten wurde. Die Nebendiagnose war daher zu streichen. Die abgerechnete DRG R40B war daher auf R60E zu korrigieren, so dass ein Rückerstattungsbetrag von ca. 13.850 Euro entstand.

Fall 2 „Falscher Prozedurenschlüssel“

Die 27-tägige stationäre Behandlung einer 78-jährigen Patientin mit der Hauptdiagnose Hallux valgus (M20.1) führte zur Abrechnung der DRG IO2C. Die komplexe operative Intervention bei komplexer Vorfußdeformität an mehreren Fußstrahlen beinhaltet die Synovektomie (operative Entfernung der Innenhaut der Gelenkkapsel). Die MDK-Begutachtung ergab jedoch, dass an keinem Gelenk eine Synovektomie vorgenommen worden war. Deshalb wurde der OPS 5-800.4qL im Konsens mit dem Krankenhaus gestrichen. Abzurechnen war die DRG I22B, so dass der Rückforderungsbetrag ca. 7.750 Euro beträgt.

Fall 3 „Kodierung nicht erbrachter Leistung“

Im Falle einer 82-jährigen Patientin, die wegen einer Beckenfraktur (Hauptdiagnose S32.89) zwölf Tage stationär behandelt wurde, war die DRG A13F mit ca. 14.500 Euro abgerechnet worden. Durch die MDK-Prüfung wurde festgestellt, dass die angegebenen 96 Beatmungsstunden nicht in Rechnung zu stellen sind, da weder eine Intubation noch eine nichtinvasive Beatmung erfolgte. Der Rückerstattungsbetrag von ca. 11.700 Euro wurde durch das Krankenhaus umgehend bezahlt.

Fall 4 „Abrechnung eines falschen Medikaments“

Für einen im Februar 2010 stationär behandelten Patienten rechnete ein Krankenhaus neben der DRG A11D wegen einer schweren Pilzinfektion das Zusatzentgelt ZE 109 für die Gabe von Caspofungin ab. Im Rahmen einer MDK-Prüfung hinsichtlich der Dosis des verabreichten Medikamentes wurde festgestellt, dass der Patient nicht Caspofungin, sondern Voriconazol (ebenfalls ein Medikament zur Behandlung bei schweren Pilzinfektionen) erhalten hatte. Der OPS 6-002.re trat damit an Stelle des ursprünglich angegebenen OPS 6-002.pv. Die Rechnung wurde korrigiert und das Zusatzentgelt ZE 112 für die Gabe von Voriconazol berechnet. Der Rechnungsbetrag verringerte sich um ca. 57.500 Euro.



Fall 5 „Abrechnung einer Studienleistung und eines nicht verabreichten Medikaments“

Für die stationäre Behandlung eines Patienten wurde die DRG I06D (komplexe Wirbelkörperperfusion mit äußerst schwerem CC) und das Zusatzentgelt ZE 49.09 (Gabe von Bortezomib, parenteral) abgerechnet. Die Rechnung belief sich auf etwa 20.800 Euro. Aufgrund von Auffälligkeiten in der Abrechnung (Abgleich der übermittelten Diagnosen/Prozeduren mit der Abrechnung der DRG und des ZE 49.09 sowie der Verweildauer bzw. der medizinischen Notwendigkeit) wurde die Begutachtung des Falles mit Einsicht in Krankenakte und Studienunterlagen eingeleitet. Dem Gutachten zufolge wurde die DRG I06D korrekt abgerechnet. Das Zusatzentgelt für die Gabe von Bortezomib (ZE 49.09) wurde jedoch unzulässig in Rechnung gestellt, da dieses Medikament vom Hersteller kostenfrei als Studienware zur Verfügung gestellt worden war. Der sich daraus ergebende Differenzbetrag von ca. 3.500 Euro wurde der Krankenkasse vom Krankenhaus erstattet. Bei einem erneuten Krankenhausaufenthalt des Patienten im selben Krankenhaus wurde dieser wiederum in der Studie behandelt. Auch hier stellte das Krankenhaus der Krankenkasse das frei gelieferte Medikament Bortezomib als Zusatzentgelt ZE 49.09 in Rechnung. Zudem wurde der Krankenkasse als weiteres Zusatzentgelt das ZE 46.06 für die Gabe von Voriconazol berechnet, obwohl dieses Medikament dem Patienten gar nicht verabreicht wurde. Der Krankenkasse ist daher ein weiterer Schaden in Höhe von ca. 3.200 Euro entstanden.

Fall 6 „Medizinisch nicht begründbare Verweildauer“

Ein 48-jähriger Patient wurde zur Durchführung einer endoskopischen Untersuchung der Gallenwege stationär aufgenommen und dafür die DRG H41A mit ca. 5.800 Euro in Rechnung gestellt. Begleiterkrankungen wurden nicht behandelt, so dass bei dieser Routineuntersuchung laut Medizinischem Dienst ein Tag Krankenhausbehandlung ausgereicht hätte. Die Krankenhausbehandlung dauerte allerdings sechs Tage. In der Patientendokumentation war zu lesen: 1. Tag: 12:45 Uhr: Patient ist fit und selbstversorgend, Patient geht spazieren mit Sonnenbrille und Hut sowie Sonnenschutzcreme; 2. Tag: Patient keine Beschwerden, Patient war unterwegs; 3. Tag: ERCP, 20:23 Uhr Patient war bei ERCP, hat gegessen, ist beschwerdefrei; 5. Tag: Patient war zum Rauchen, keine Beschwerden. Die Korrektur der Rechnung führte mit vier Tagen Verweildauerabschlag zu einer Reduzierung des Betrages um ca. 3.600 Euro.

Fall 7 „Abrechnung einer Leistung ambulant und stationär“

Im November 2010 befand sich eine Versicherte zur stationären Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs in einem Krankenhaus. Für diesen Aufenthalt wurden der Kasse knapp 800 EUR in Rechnung gestellt und von dieser beglichen. Kurze Zeit später wurde die gleiche Leistung nochmals als ambulante OP mit gleichem Leistungsdatum in Höhe von knapp 400 Euro abgerechnet. Eine Stornierung der Rechnung für den stationären Aufenthalt hatte das Krankenhaus nicht vorgenommen.



Quellen:

Bundesrechnungshof: Bemerkungen 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes – weitere Prüfungsergebnisse – 12.04.2011, S. 25 - 28
<http://bundesrechnungshof.de/veroeffentlichungen/bemerkungen-jahresberichte/2010-weitere-pruefungsergebnisse.pdf>

Bundessozialgericht: Urteil vom 22.06.2010, B 1 KR 29/09 R

GKV-Spitzenverband: Argumentationspapier zur Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern vom 02.11.2010,
(http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Abrechnung_Abrechnungspruefung.gkvnet)

InEK: Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2011, S. 79/80
(http://www.g-drg.de/cms/index.php/G-DRG-System_2011/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2011)

Kölbel, R., Universität Bielefeld: Unternehmenskriminalität im Gesundheitssystem: Teil Interviewstudie - DFG-Antrag in Begutachtung; Teil Aktenanalyse - begonnen; Teil Prüfdatenauswertung mit dem MDK BW - in Anlaufphase)
(http://www.jura.uni-bielefeld.de/forschung/forschung_ist)

MDK Niedersachsen: News vom 17.02.2010
(http://www.mdk-niedersachsen.de/news_Fallpauschalen-DRG-Kleis-MDK-Pruefung.htm)

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

