



Bericht

an den Rechnungsprüfungsausschuss des
Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages

nach § 88 Abs. 2 BHO

über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen
durch die Krankenkassen der gesetzlichen Kranken-
versicherung

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne
des § 96 Abs. 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf der
Internetseite des Bundesrechnungshofes veröffentlicht
(www.bundesrechnungshof.de).

Gz.: IX 1 - 2016 - 0785

Potsdam, den 6. Mai 2019

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	4
1	Thematische Einführung	11
1.1	Anlass und Inhalt der Prüfung	11
1.2	Rechtlicher Rahmen	12
1.3	DRG-System	14
2	Maßnahmen der Selbstverwaltungspartner	16
2.1	Vereinbarung zum Prüfverfahren	16
2.2	Schlichtungsausschuss Bund	17
3	Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen	18
3.1	Fallauswahl und Dunkelverarbeitung	19
3.2	Durchführung der Vorverfahren	20
3.3	Beauftragung des Medizinischen Dienstes	20
3.4	Wirkungen der Interventionen der Krankenkassen	22
3.5	Sozialgerichtliche Verfahren	23
3.6	Strukturprüfungen	25
4	Konflikte bei Krankenhausabrechnungen	26
4.1	Umgang mit dem DRG-System	26
4.2	Rechnungskorrekturen	28
4.3	Wettbewerb der Akteure	29
5	Vorläufige Würdigung und Empfehlung	29
5.1	Beiderseitiges „Wettrüsten“ statt Entlastung	29
5.2	DRG-System immer weniger beherrschbar	30
5.3	Ungenutzte Potentiale beim Risikomanagement	31
5.4	Erwartungen an die Selbstverwaltungspartner nicht erfüllt	32
5.5	Abrechnungsprüfung neu ausrichten	32

6	Stellungnahmen	34
6.1	BMG	34
6.2	GKV-Spitzenverband	35
6.3	DKG	38
7	Abschließende Würdigung und Empfehlung	40
7.1	Praktikabilität des Abrechnungssystems sicherstellen	41
7.2	Verfahrensfragen klären	42
7.3	Anreiz für korrektes Abrechnungsverhalten schaffen	43
7.4	Vorverfahren und außerprozessuale Streitbeilegung stärken	44
7.5	Prüfung von Strukturmerkmalen rechtsverbindlich etablieren	45
7.6	Format der Abrechnungsprüfung weiterentwickeln	45
Anlage 1:	Fallbeispiel einer Krankenhausabrechnung	49
Anlage 2:	Prüfquote im MDK-Verfahren	53
Anlage 3:	Ergebnisse im MDK-Verfahren	54
Anlage 4:	Vergleich der Krankenkassen	55
Anlage 5:	Wirtschaftlichkeit der Abrechnungsprüfung	57
Anlage 6:	Sozialgerichtliche Verfahren	58
Anlage 7:	Tausch von Haupt- und Nebendiagnose	59
Anlage 8:	Auslegung von Strukturmerkmalen im OPS	60
Anlage 9:	Eckpunkte eines neuen Prüfungsmodells	61

0 Zusammenfassung

Jährlich werden 20 Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär im Krankenhaus behandelt. Die Ausgaben für stationäre Krankenhausbehandlungen bilden den höchsten Anteil der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und lagen im Jahr 2017 bei 74,9 Mrd. Euro. Der Bundeszuschuss aus Steuermitteln in die GKV betrug im selben Jahr 14,5 Mrd. Euro. Der Bundesrechnungshof hat in einer Kontrollprüfung untersucht, wie die gesetzlichen Krankenkassen (Krankenkassen) und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) die Krankenhausabrechnungen überprüfen. Er stieß hierbei auf wesentliche strukturelle Mängel, die eine Weiterentwicklung des Prüfverfahrens und seiner rechtlichen Grundlagen nahelegen. Der Bundesrechnungshof sieht sich deshalb veranlasst, gemäß § 88 Absatz 2 Bundeshaushaltsordnung dem Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages zu berichten. Der Bericht knüpft an eine Bemerkung des Jahres 2018 – Ergänzungsband – an, die der Bundesrechnungshof zeitgleich verfolgt. Darin werden rechtswidrige Vereinbarungen über pauschale Rechnungskürzungen von Krankenhausabrechnungen und der Verzicht auf weitergehende Überprüfungen der Krankenkassen problematisiert.

Im Einzelnen stellte der Bundesrechnungshof fest:

- 0.1 Krankenkassen sind verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen (sog. Einzelfallprüfung), wenn dies nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Um diese Fälle zu identifizieren, haben sie Krankenhausabrechnungen zu überprüfen. Die geprüften Krankenkassen erzielten im Jahr 2016 durch die Prüfungen von Krankenhausabrechnungen Rückzahlungen von über 1,2 Mrd. Euro von den Krankenhäusern. Der Bundesrechnungshof schätzt, dass alle Krankenkassen der GKV im selben Jahr Rückforderungen von 2,2 Mrd. Euro durchsetzten. Dem stand im GKV-System ein geschätzter Aufwand von knapp 800 Mio. Euro gegenüber. Hinzu kommt der vom Bundesrechnungshof nicht zu beziffernde Aufwand bei den Krankenhäusern. Die dadurch gebundenen finanziellen und personellen Kapazitäten wirken sich zunehmend zulasten der Patientenversorgung aus (Tz. 3.4).

- 0.2 Die Ausgestaltung der Abrechnungsprüfung hat der Gesetzgeber in wesentlichen Teilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) überlassen. Diesen gelang es bislang nicht, alle offenen Verfahrensfragen zu klären und gemeinsame Umsetzungshinweise zur sogenannten Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) zu erarbeiten. Darüber hinaus haben sich die beiden Selbstverwaltungspartner noch immer nicht auf ein Verfahren zur elektronischen Übermittlung von Daten zwischen Krankenhäusern und Medizinischem Dienst verständigt. Der Bundesrechnungshof fordert, offene Verfahrensfragen zur Abrechnungsprüfung einer verbindlichen Regelung zuzuführen und die elektronische Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und Medizinischem Dienst in die Wege zu leiten. Der GKV-Spitzenverband hat sich der Forderung angeschlossen, offene Verfahrensfragen verbindlich zu klären (Tzn. 2.1, 5.5, 6, 7.2).
- 0.3 Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben auf Bundesebene einen Schlichtungsausschuss zur verbindlichen Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung gebildet. Aus strategischen Gründen wurde dieser bislang nur einmal angerufen, obwohl eine Vielzahl kritischer Kodier- und Abrechnungsfragen besteht. Der Bundesrechnungshof empfiehlt, das Merkmal der grundsätzlichen Bedeutung verbindlich zu bestimmen und die Stellung und Akzeptanz des Schlichtungsausschusses gesetzlich zu stärken. Der GKV-Spitzenverband hat sich dieser Empfehlung im Ergebnis angeschlossen (Tzn. 2.2, 5.5, 6, 7.4).
- 0.4 Die Krankenhäuser rechnen mit den Krankenkassen auf elektronischem Weg ab. Es ist nicht abschließend geregelt, wie oft ein Krankenhaus die Abrechnungsdaten korrigieren kann. Krankenhäuser korrigieren ihre Rechnungen oft mehrfach. Rechnungskorrekturen lösen bei den Krankenkassen Mehrfachprüfungen aus, da sie nach jeder weiteren Schlussrechnung überprüfen müssen, ob die Abrechnung korrekt ist oder Anlass besteht, den Medizinischen Dienst einzuschalten. Der Bundesrechnungshof empfiehlt, gesetzlich zu bestimmen, bis wann und wie oft Rechnungen korrigiert werden dürfen (Tzn. 4.2, 5.2, 7.3).

0.5 Die Krankenkassen prüften Krankenhausabrechnungen unterschiedlich und mit unterschiedlichem Erfolg. Die Prüfungsverfahren verursachten bei allen Akteuren – einschließlich dem Medizinischen Dienst und den Sozialgerichten – einen hohen Aufwand, der in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen hat. Versuche, mittels rechtlicher Änderungen eine Entlastung zu bewirken, sind bislang gescheitert:

- Die Prüfung von Krankenhausabrechnungen stellt für die Krankenkassen ein Massengeschäft dar. Den Krankenkassen gelang es nicht, alle Abrechnungen eingehend zu prüfen. Nur etwa ein Viertel der von den maschinellen Prüfregelwerken als auffällig identifizierten Fälle ließen die Krankenkassen weiter prüfen. Je mehr Krankenhausabrechnungen die Krankenkassen prüften, desto mehr fehlerhafte Abrechnungen identifizierten sie. Die von den Krankenkassen genutzten maschinellen Prüfregelwerke wiesen unterschiedliche „Treffgenauigkeiten“ auf. Verbindliche Standards für ein Risikomanagement der Krankenkassen und dessen Grenzen gab es nicht (Tzn. 3.1, 5.3).
- Einige Krankenkassen prüften Krankenhausabrechnungen in großem Umfang in einem vollautomatisierten Verfahren (sog. Dunkelverarbeitung). Sie verzichteten dabei ganz oder teilweise auf eine stichprobenhafte Überprüfung der automatisierten Fallbearbeitung und nahmen damit etwaige Systemmängel in Kauf (Tzn. 3.1, 5.3).
- Krankenkassen können vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes in einem sogenannten Vorverfahren mit dem Krankenhaus strittige Abrechnungsfragen klären. Bei der Hälfte der Krankenhausabrechnungen, die im Vorverfahren erledigt wurden, kam es zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages. Allerdings nutzten Krankenkassen diese Möglichkeit sehr unterschiedlich. Das Vorverfahren brachte bislang nicht die angestrebte Entlastung für den Medizinischen Dienst (Tzn. 3.2, 5.5).
- Beauftragten Krankenkassen den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung von Krankenhausleistungen, wurde etwa die Hälfte der geprüften Fälle korrigiert. Die Zahl der Gutachten stieg von

1,2 Millionen im Jahr 2008 auf über 2 Millionen im Jahr 2016. Die Summe der hierdurch bewirkten jährlichen Rückzahlungen an die Krankenkassen stieg von 731 Mio. Euro im Jahr 2012 auf über 1 Mrd. Euro im Jahr 2016. Das bereits mit dem Beitragsschuldengesetz im Jahr 2013 verfolgte Ziel, den Aufwand für die Durchführung von Krankenhausrechnungsprüfungen zu verringern, wurde nicht erreicht. Die Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes verharrt seit Jahren auf hohem Niveau. Vielerorts bestehen massive Rückstände (Tzn. 1.1, 3.3, 5.1).

- Krankenkassen betrieben die Abrechnungsprüfungen in unterschiedlichem Umfang und mit unterschiedlichem Erfolg. Die Rückzahlungsquoten hatten eine Bandbreite von 1,3 bis 3,4 %. Dies deutet auf ungenutzte Potentiale bei der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausabrechnungsprüfung hin (Tzn. 3.3, 5.5).
- Die Prüfung von Krankenhausabrechnungen zog vielfach sozialgerichtliche Verfahren nach sich. Allein die geprüften Krankenkassen betrieben in den Jahren 2012 bis 2016 jeweils bis zu 8 000 gerichtliche Verfahren zu strittigen Krankenhausabrechnungen. Die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Ende des Jahres 2018 eingeführte erhebliche Verkürzung der Verjährungsfristen für Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen führte zu einer Klageflut. Bundesweit sind bei den Sozialgerichten über 47 000 Klagen anhängig. Da die Krankenkassen vielfach Sammelklagen einreichten, sind über 170 000 Fälle mit strittigen Abrechnungsbeträgen von insgesamt 417 Mio. Euro betroffen (Tzn. 3.5, 5.5).

0.6 Der Bundesrechnungshof sieht Krankenhäuser und Krankenkassen bei der Krankenhausabrechnung und ihrer Prüfung in einer Eskalationsspirale gefangen. Im Wettbewerb untereinander nutzen Krankenhäuser bestehende Anreize für erlösorientiertes Abrechnen konsequent aus. Für Krankenkassen lohnt sich im Gegenzug eine Ausweitung der Abrechnungsprüfung, weil dadurch noch mehr fehlerhafte Abrechnungen identifiziert und weitere Rückzahlungen erzielt werden können. Um dieser Fehlentwicklung zu begegnen, hält der Bundesrechnungshof ein Abrech-

nungs- und Prüfsystem für notwendig, das ein korrektes Abrechnen fördert, ein gegenseitiges „Wettrüsten“ von Krankenhäusern und Krankenkassen unterbindet und mit weniger Aufwand beherrschbar ist (Tzn. 5.5, 7).

- 0.7 Der Bundesrechnungshof regt an, den Anreiz für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser zu stärken. Eine wesentliche Ursache fehlerhafter Krankenhausabrechnungen lag nach Feststellungen des Medizinischen Dienstes vor allem in einem „erlösorientierten Up- oder Falschcoding“. Während überhöhte Rechnungen der Krankenhäuser ohne Sanktion bleiben, schulden Krankenkassen dem Krankenhaus bei ergebnislosen Prüfverfahren eine Aufwandspauschale von 300 Euro. Die daraus folgenden Zahlungen beliefen sich im Jahr 2016 auf 144,5 Mio. Euro. Aus Gründen der Gleichbehandlung empfiehlt der Bundesrechnungshof, auch zulasten der Krankenhäuser eine adäquate Aufwandsabgeltung zu normieren, falls das Prüfverfahren zur Minderung einer Krankenhausabrechnung führt. Die DKG hat dagegen eingewandt, ein Krankenhaus befände sich im Gegensatz zur Krankenkasse in einer passiven Situation und könne nur reagieren. Dies überzeugt aus Sicht des Bundesrechnungshofes nicht. Bei fehlerhafter Abrechnung gibt ein Krankenhaus aktiv Anlass für eine Überprüfung (Tzn. 1.2, 3.4, 4.2, 5.5, 7.3).
- 0.8 Der Bundesrechnungshof hält es für erforderlich, konsequent nach Möglichkeiten einer niederschweligen Konfliktbewältigung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei streitigen Abrechnungen zu suchen. Er schlägt vor, ein verbindliches Schlichtungsverfahren zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zu etablieren, das vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes und vor Klageerhebung durchzuführen ist. Das Schlichtungsverfahren sollte kostenpflichtig für die unterlegene Partei gestaltet werden. Konsequent weiterentwickelt würde in einem solchen Modell die zuvor dargestellte Aufwandsabgeltung auf Gegenseitigkeit – für Krankenkassen *und* Krankenhäuser. Von einem Ausbau des Schlichtungsverfahrens wäre zugleich eine Stärkung des Vorverfahrens zu erwarten. Dieses stellt gegenüber dem anschließenden kostenpflichtigen

Schlichtungsverfahren eine vergleichsweise kostengünstige Streitbeilegung dar, deren Möglichkeiten es auszuschöpfen gilt (Tz. 7.4).

- 0.9 Das für die Abrechnung von Krankenhausleistungen vorgesehene DRG-System (Diagnosis Related Groups-System) wurde in den vergangenen Jahren stetig fortentwickelt und stärker ausdifferenziert. Mit steigender Komplexität des Abrechnungssystems steigen sowohl der Dokumentationsaufwand für Krankenhäuser als auch der Prüfaufwand für Krankenkassen und Medizinischen Dienst. Das DRG-System erfordert eine Abrechnungsgenauigkeit, die in der Praxis oft nicht erreicht wird. Dies trägt zu regelwidrigem Verhalten bei. Es sollte hinterfragt werden, ob eine weitere Ausdifferenzierung erforderlich ist, mit welchem Nutzen sie verbunden wäre und ob ein angemessenes „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ besteht. Dem haben sich der GKV-Spitzenverband und die DKG im Ergebnis angeschlossen (Tzn. 4.1, 5.2, 5.5, 6, 7.2).
- 0.10 Seit Einführung sogenannter Komplexcodes für die Abrechnung komplexer Behandlungen haben die Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten auf Landesebene aus Praktikabilitätsgründen eine weitere Prüfungsform entwickelt, die sogenannte „Strukturprüfung“. Hierfür fehlt eine Rechtsgrundlage. Der Bundesrechnungshof empfiehlt, die Strukturprüfung als eigenständige Prüfungsform gesetzlich zu etablieren. Dem haben sich das Bundesministerium für Gesundheit, der GKV-Spitzenverband und die DKG angeschlossen (Tzn. 3.6, 5.5, 6, 7.5).
- 0.11 Der Bundesrechnungshof schlägt zudem vor, das Format der Abrechnungsprüfung weiterzuentwickeln, falls die zuvor beschriebenen systemimmanenten Vorschläge (insbesondere die Klärung offener Verfahrensfragen, die Schaffung von Anreizen für korrektes Abrechnen der Krankenhäuser und die Einführung eines kostenpflichtigen Schlichtungsverfahrens) nicht die gewünschte deeskalierende Wirkung zeigen. Mit einer Erprobung sollte zeitnah begonnen werden, um den Umsetzungsdruck für die Verbesserungsvorschläge im bestehenden System zu stärken. Der Bundesrechnungshof regt verschiedene Prüfungsmodelle an, die es erfordern würde, die Abrechnungsprüfung der Gestaltungsbefugnis der Krankenkassen zu entziehen und ein bundesweit einheitliches Prüfverfahren anstelle der Einzelfallprüfung einzuführen. Der GKV-Spitzenver-

band hat dagegen eingewandt, dass bei nur einem Prüfregelewerk Lerneffekte und Umgehungsstrategien der Krankenhäuser drohten. Dies überzeugt nicht. Schon heute rechnen Krankenhäuser Behandlungen überwiegend gegenüber der Krankenkasse mit dem regional höchsten Marktanteil ab. Lerneffekte und Umgehungsstrategien sind auch im derzeitigen Prüfungsformat möglich. Ihnen sollte durch kontinuierliche Anpassungen des Prüfregelewerkes im Sinne eines lernenden Systems begegnet werden (Tzn. 5.5, 7.6).

1 Thematische Einführung

1.1 Anlass und Inhalt der Prüfung

Jährlich werden 20 Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär im Krankenhaus behandelt. Die Ausgaben für stationäre Krankenhausbehandlungen bilden den höchsten Anteil der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und lagen im Jahr 2017 bei 74,9 Mrd. Euro. Der Bundeszuschuss aus Steuermitteln in die GKV betrug im selben Jahr 14,5 Mrd. Euro.

Der Bundesrechnungshof hat in einer Kontrollprüfung untersucht, wie die gesetzlichen Krankenkassen (Krankenkassen) und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) die Krankenhausabrechnungen überprüften. Er stieß hierbei auf wesentliche strukturelle Mängel, die eine Weiterentwicklung des Prüfverfahrens und seiner rechtlichen Grundlagen nahelegen. Der Bundesrechnungshof sieht sich deshalb veranlasst, gemäß § 88 Absatz 2 Bundeshaushaltsordnung dem Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages zu berichten. Zugleich verfolgt der Bundesrechnungshof in einer Bemerkung rechtswidrige Vereinbarungen über pauschale Rechnungskürzungen von Krankenhausabrechnungen und den Verzicht auf weitergehende Überprüfungen der Krankenkassen weiter.¹

Der Bundesrechnungshof hatte bereits im Jahr 2011 in einer Bemerkung empfohlen, das Abrechnungssystem so zu vereinfachen, dass Fehler bei der Kodierung der Fallpauschalen und Streitigkeiten über die Verweildauer im Krankenhaus vermieden werden.²

Der Gesetzgeber hat die Empfehlung des Bundesrechnungshofes in Teilen aufgegriffen. Mit dem Beitragsschuldengesetz³ beauftragte er die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Vereinbarungen zu Fragen der Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern zu treffen. Diese Vereinbarungen sollten Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vermeiden bzw. reduzieren. Auf Bundesebene

¹ BT-Drs. 19/9100, Nummer 5.

² Bemerkungen des Bundesrechnungshofes des Jahres 2010 (weitere Prüfungsergebnisse), BT-Drs. 17/5350, Nummer 5; Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses vom 27. Mai 2011.

³ Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz) vom 15. Juli 2013, BGBl. I 2013, S. 2423.

sollten die Selbstverwaltungspartner einen Schlichtungsausschuss errichten, der grundsätzliche Kodier- und Abrechnungsfragen klären soll. Eine vom Bundesrechnungshof geforderte Aufwandspauschale zulasten fehlerhaft abrechnender Krankenhäuser führte der Gesetzgeber zwar nicht ein. Mit Empfehlung und Bericht führte der Ausschuss für Gesundheit aber aus, dass „vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den genannten Neuregelungen [...] entschieden werden [könne], ob weitere Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der Krankenhausabrechnung und zu Sanktionsmaßnahmen erforderlich sind, um den aktuell hohen Prüfaufwand zu vermindern.“⁴

Im Rahmen seiner Prüfung erhob der Bundesrechnungshof bei zwölf Krankenkassen⁵, bei allen 15 Medizinischen Diensten auf Landesebene, beim GKV-Spitzenverband und beim Bundesversicherungsamt. Darüber hinaus führte er ein Gespräch mit der DKG. Der Bundesrechnungshof hat dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem GKV-Spitzenverband einen Entwurf des vorliegenden Berichts übersandt. Das BMG und der GKV-Spitzenverband haben jeweils mit Schreiben vom 5. März 2019 Stellung genommen. Die DKG wurde zu den sie betreffenden Sachverhalten angehört und hat sich durch Schreiben vom 5. März 2019 geäußert. Die Inhalte der Stellungnahmen sind in diesem Bericht berücksichtigt.

1.2 Rechtlicher Rahmen

Die Krankenkassen gewähren ihren Versicherten Krankenhausbehandlung als Sachleistung.⁶ Leistungserbringer sind die nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhäuser. Mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch die Versicherten erwerben die Krankenhäuser gegenüber der Krankenkasse einen Erstattungsanspruch auf Übernahme der Behandlungskosten. Die Leistungen des Krankenhauses müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.⁷ Leistungen, die nicht notwendig oder nicht wirtschaftlich sind, dürfen Krankenhäuser nicht erbringen und Krankenkassen nicht vergüten.

⁴ BT-Drs. 17/13947 vom 12. Juni 2013.

⁵ Die zwölf Krankenkassen versichern über 46 Millionen Personen. Dies entspricht einem Anteil von 64 % aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung; vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), amtliche Statistik KM 1 aus Juni 2017: 72,3 Millionen Versicherte.

⁶ § 2 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V.

⁷ Sog. Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 1 SGB V.

Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen (sog. Einzelfallprüfung), wenn dies nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Um diese Fälle zu identifizieren, haben sie Krankenhausabrechnungen zu überprüfen.⁸ Der Medizinische Dienst untersucht die Leistungserbringung und geht Auffälligkeiten bei der Abrechnung nach. Dabei beurteilt er, ob die Behandlung wirtschaftlich (Notwendigkeit und Dauer der stationären Aufnahme) und die Verschlüsselung korrekt war (vgl. hierzu Tz. 1.3). Dazu kann er die erforderlichen Daten und Unterlagen bei den Krankenhäusern anfordern.⁹ Auf der Grundlage des Begutachtungsergebnisses treffen die Krankenkassen eine Leistungsentscheidung.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)¹⁰ hat der Gesetzgeber bestimmt, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Führt die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags, hat die Krankenkasse an das Krankenhaus eine Aufwandspauschale von 300 Euro zu zahlen.¹¹ Führt die Prüfung zu einer Minderung, erhält die Krankenkasse keine Aufwandspauschale.

Im Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes¹² ist zur Einführung der Aufwandspauschale ausgeführt: „Die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen [...] belastet die Abläufe in den Krankenhäusern teils erheblich und sorgt für zusätzlichen personellen und finanziellen Aufwand. Einzelne Krankenkassen nutzen die Prüfungsmöglichkeit [...] in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung. [...] Als Beitrag zum angestrebten Bürokratieabbau möchte der Gesetzgeber Anreize setzen, die Einzelfallprüfungen künftig zügiger und zielorientierter einzusetzen.“

⁸ § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V.

⁹ § 276 Absatz 2 SGB V.

¹⁰ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV vom 26. März 2007, BGBl. I 2007, S. 378; vgl. § 275 Absatz 1c SGB V.

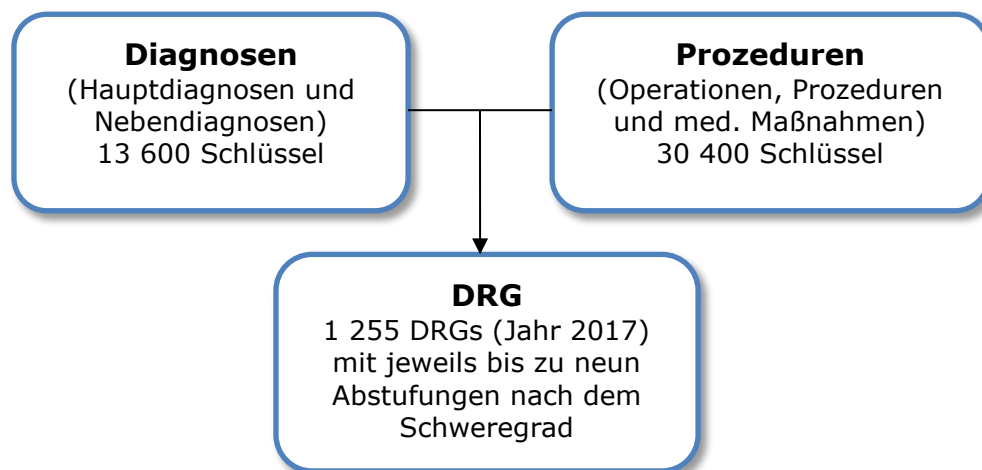
¹¹ Die Aufwandspauschale war zum 1. April 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Höhe von 100 Euro eingeführt worden. Zum 1. April 2009 wurde sie durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) auf 300 Euro angehoben.

¹² BT-Drs. 16/3100, S. 171, Entwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz.

1.3 DRG-System

Grundlage der Krankenhausabrechnung bildet das sogenannte DRG-System (Diagnosis Related Groups-System), wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden Fallpauschale vergütet wird. Das DRG-System fasst Fälle, die medizinisch und hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs ähnlich sind, zu Fallgruppen (DRGs) zusammen. Das Abrechnungssystem wurde im Jahr 2003 mit etwas über 660 DRGs eingeführt. Bis zum Jahr 2017 hat sich ihre Zahl auf 1 255 DRGs erhöht. Innerhalb dieser (sog. Basis-)DRGs sind bis zu neun weitere Differenzierungen nach dem ökonomischen Schweregrad der Behandlung möglich. Die Zuordnung zu einer DRG erfolgt aufgrund der beim Krankenhausaufenthalt dokumentierten Patienten- und Falldaten und knüpft an die jeweiligen Diagnosen (Befunde über Erkrankungen)¹³ und die sogenannten Prozeduren (Operationen und andere medizinische Maßnahmen)¹⁴ an. Die DRG wird mit Hilfe eines IT-Programms ermittelt. Das DRG-System dient der leistungsorientierten Vergütung von Krankenhausleistungen und soll die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern.

Übersicht 1: Zuordnung eines Behandlungsfalls zu einer DRG durch die Kodierung von Diagnosen¹⁵ und Prozeduren¹⁶



Quelle: Darstellung Bundesrechnungshof

¹³ Diagnosen (Befunde über Erkrankungen) werden nach den medizinischen Klassifikationen ICD – 10 – GM kodiert.

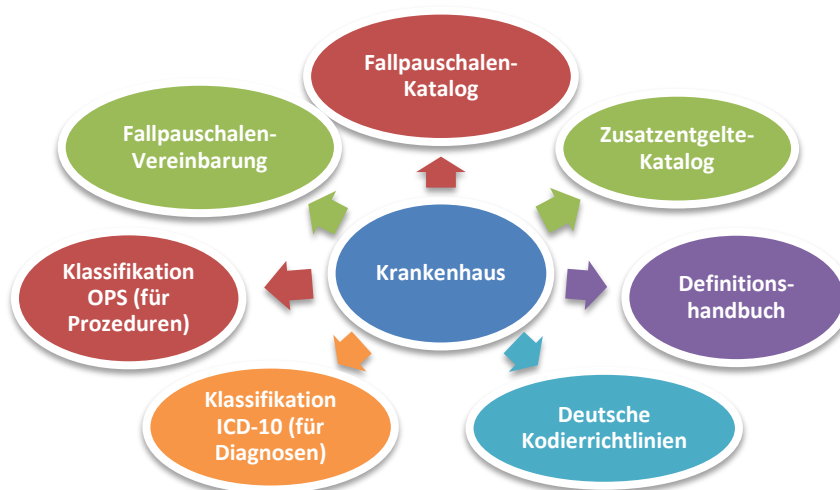
¹⁴ Prozeduren (Operationen und andere medizinische Maßnahmen) werden nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert.

¹⁵ DIMDI, ICD-10-GM 2017; Anzahl der endständigen Codes. Das DIMDI veröffentlicht gerundete Werte; die genaue Zahl ist abhängig von der Zählweise.

¹⁶ DIMDI, OPS 2017; Anzahl der endständigen Codes. Der OPS arbeitet mit Subklassifikationen, nach denen die endständigen Schlüsselnummern gebildet werden müssen.

Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des Vergütungssystems haben die Selbstverwaltungspartner dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)¹⁷ als DRG-Institut übertragen. Dieses entwickelt jährlich das DRG-System weiter. Daran anknüpfend beschließen die Selbstverwaltungspartner die jeweilige Fassung des DRG-Systems.¹⁸ Krankenhäuser haben bei der Abrechnung ihrer Leistungen ein umfassendes Regelwerk zu beachten. Die rechtliche Grundlage der Abrechnung bilden der Fallpauschalen-Katalog¹⁹, der Zusatzentgelte-Katalog²⁰, das Definitionshandbuch²¹ und die Deutschen Kodierrichtlinien²². Die Klassifikationen der Diagnosen und Prozeduren werden vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben und regelmäßig weiterentwickelt.²³

Übersicht 2: Regelwerk für Krankenhausabrechnungen



Quelle: Darstellung Bundesrechnungshof

¹⁷ Gesellschafter der GmbH sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherungen.

¹⁸ Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenvereinbarung einschließlich Klarstellungen zur Fallpauschalenvereinbarung.

¹⁹ Enthält für jede DRG u. a. die Bewertungsrelation, die mittlere Verweildauer, die Grenzverweildauern und Bewertungsrelationen für Zu- und Abschläge.

²⁰ Ergänzt das DRG-System durch einen Katalog von Zusatzentgelten für besonders aufwendige Maßnahmen.

²¹ Beschreibt die jeweilige Fassung des DRG-Systems und ihre Anwendung. Enthält für jede DRG die Definition und die zugehörigen Codelisten.

²² Der allgemeine Teil der Kodier-Richtlinien beinhaltet insbesondere begriffliche Definitionen, Regeln zur Kodierung von Diagnosen und Prozeduren sowie Hinweise zur Anwendung der Prozedurenklassifikationen. Die speziellen Kodierrichtlinien enthalten Fallbeispiele für bestimmte Konstellationen oder Ausnahmen.

²³ Vgl. § 301 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

2 Maßnahmen der Selbstverwaltungspartner

2.1 Vereinbarung zum Prüfverfahren

Der Gesetzgeber bestimmte mit dem Beitragsschuldengesetz, dass DKG und GKV-Spitzenverband das Nähere zum Prüfverfahren in einer Vereinbarung regeln sollten.²⁴ Regelungstatbestände sollten etwa das Verfahren zwischen Krankenkasse und Krankenhaus vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes (sog. Vorverfahren), die Beauftragung des Medizinischen Dienstes sowie die Dauer und der Ort der Prüfung sein.

Den Selbstverwaltungspartnern gelang erst nach Ablauf der gesetzlich bestimmten Frist zum 31. März 2014 und durch Entscheidung der Bundesschiedsstelle²⁵ eine Einigung.²⁶ Die so erreichte Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) kündigte die DKG bereits im Juni 2015. Gründe waren unscharfe Fristenregelungen und uneinheitliche Landesregelungen.²⁷ Mit der Kündigung wurden Neuverhandlungen notwendig, die zu einer neuen PrüfvV führten. Diese trat am 1. Januar 2017 in Kraft. Die Selbstverwaltungspartner bemühten sich zwar um präzisere Regelungen, dennoch hielten sie es für angebracht, ihren Mitgliedern separat Umsetzungshinweise bereitzustellen. Auf gemeinsame Empfehlungen konnten sie sich nicht einigen. Der GKV-Spitzenverband erklärte, dass es an der dazu notwendigen gesetzlichen Grundlage fehle. Gemeinsame Empfehlungen hätten deshalb keine Bindungswirkung. Klärungsbedarf werde aber gesehen, z. B. zu Fragen der verbindlichen Rechnungslegung, der fallabschließenden Prüfung oder der Sanktion fehlerhafter Rechnungen.

DKG und GKV-Spitzenverband haben in der PrüfvV über die gesetzlichen Regelungstatbestände hinaus vereinbart, eine bundeseinheitliche Empfehlung zum elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Diensten zu schließen.²⁸ Auch dazu liegt bislang keine Einigung vor.

²⁴ § 17c Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

²⁵ § 18a Absatz 6 KHG.

²⁶ Die Frist wurde durch Artikel 1 Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015, BGBl. I 2015, S. 2229, wegen Zeitablaufs gestrichen.

²⁶ § 18a Absatz 6 KHG.

²⁷ Landesverträge nach § 112 SGB V. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen.

²⁸ § 11 Absatz 2 PrüfvV.

Einzelne Regelungstatbestände der PrüfvV gehen nach Auffassung verschiedener Sozialgerichte über die gesetzlichen Vorgaben hinaus. Ein Teil der Sozialgerichte erkennt deshalb die in der PrüfvV genannten Ausschlussfristen nicht an. Das Sozialgericht Dortmund entschied beispielsweise, dass die Vereinbarung einer Ausschlussfrist für die nachträgliche Korrektur der Schlussrechnung nicht von der Ermächtigungsgrundlage im Krankenhausfinanzierungsgesetz gedeckt werde.²⁹ Zudem stelle eine solche Frist einen ungerechtfertigten Eingriff in den (grundgesetzlich) geschützten Vergütungsanspruch dar.

2.2 Schlichtungsausschuss Bund

GKV-Spitzenverband und DKG haben auf Bundesebene einen Schlichtungsausschuss zu bilden.³⁰ Seine Aufgabe ist es, Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung zu klären. Der Schlichtungsausschuss kann neben den Vertragsparteien auch von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen³¹ und den Landeskrankenhausesellschaften angerufen werden. Die Vertragsparteien können weitere Anrufungsrechte einräumen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst und die zugelassenen Krankenhäuser verbindlich.

Bis zur Einigung über den Schlichtungsausschuss stritten die Selbstverwaltungspartner darüber, was Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung sind und für welche Fälle der Schlichtungsausschuss zuständig ist. Der Schlichtungsausschuss war zum Zeitpunkt der Erhebungen des Bundesrechnungshofes in nur einem Fall angerufen worden. Der eingebrachte Antrag beschränkte sich auf eine einzelne Frage und war von untergeordneter finanzieller Bedeutung.³² Im Vorfeld hatten DKG und GKV-Spitzenverband eine Reihe von Kodierproblemen bestimmt, darunter Fragestellungen mit hoher

²⁹ SG Dortmund, Urteil vom 5. Mai 2017, Az.: S 49 KR 580/16.

³⁰ § 17c Absatz 3 KHG. Der Schlichtungsausschuss Bund war zunächst bis zum 31. Dezember 2013 zu bilden; diese Frist wurde durch Artikel 1 Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015, BGBl. I 2015, S. 2229, gestrichen.

³¹ Ersatzkassen sind am 31. Dezember 1992 bestehende Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen konnte (§ 168 Absatz 1 SGB V). Seit der Neuorganisation der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 1996 ist die Errichtung weiterer Ersatzkassen ausgeschlossen. Die Ersatzkassen sind eine von sechs Kassenarten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Entstehung verschiedener Kassenarten ist historisch bedingt. Die Ersatzkassen sind mit der Reichsversicherungsordnung von 1911 aus dem System der freien Hilfskassen entstanden, in dem sich Handwerker, Arbeiter und Angestellte freiwillig versichert hatten.

³² Festlegung der Hauptdiagnose bei der Behandlung von Folgen einer Tumorthherapie.

finanzieller Auswirkung. Sie riefen hierfür aber nicht den Schlichtungsausschuss an, weil sie Risiken sahen. Der Ausgang sei – nach Einschätzung beider Selbstverwaltungspartner – nicht kalkulierbar. Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung könnten finanzielle Nachteile haben. Anträge würden taktisch zurückgehalten. Die Interessen der Krankenkassen und Krankenhäuser seien – auch untereinander – uneinheitlich. Es sei schwierig, gemeinsame Fragestellungen zu entwickeln.

Der GKV-Spitzenverband machte Vorschläge, die eine Inanspruchnahme des Schlichtungsausschusses fördern könnten, und regte eine verpflichtende Anhörung von Fachexperten an. Dies könne eine neutrale Entscheidungsgrundlage schaffen. Zudem schlug er vor, dem unparteiischen Vorsitzenden des Schlichtungsausschusses sowie den beiden weiteren unparteiischen Mitgliedern ein Initiativrecht zur Verfahrenseröffnung einzuräumen.

3 Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen

Die Selbstverwaltungspartner DKG und GKV-Spitzenverband regelten das Nähere zum Prüfverfahren in der PrüfvV. Diese sieht für die Abrechnungsprüfung folgende Verfahren vor:

- Vorverfahren gemäß § 5 PrüfvV: Auf Grundlage des Datensatzes nach § 301 SGB V verhandeln Krankenkassen direkt mit dem Krankenhaus über auffällige Krankenhausabrechnungen (Falldialog im Vorverfahren). Der Medizinische Dienst ist daran nicht beteiligt.
- Begutachtung durch den Medizinischen Dienst gemäß § 6 PrüfvV (sog. MDK-Verfahren): Die Krankenkassen beauftragen den Medizinischen Dienst. Dieser beurteilt in der Einzelfallbegutachtung die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung (Notwendigkeit und Dauer der stationären Aufnahme) und die Korrektheit der Kodierung (Diagnosen und Prozeduren).

Anlage 1 enthält beispielhaft eine Krankenhausabrechnung und die daran anknüpfende Begutachtung des Medizinischen Dienstes.

3.1 Fallauswahl und Dunkelverarbeitung

Krankenhäuser rechnen Krankenhausbehandlungen gegenüber Krankenkassen auf Grundlage eines elektronischen Datensatzes ab.³³ Die Krankenkassen untersuchen eingehende Abrechnungsdatensätze zunächst mit einer Prüfsoftware unter formal-rechtlichen³⁴ und medizinisch-inhaltlichen³⁵ Gesichtspunkten. Untersuchte Risikofaktoren sind vor allem bestimmte Diagnosen, Prozeduren oder die Verweildauer. Krankenkassen nutzen unterschiedliche Prüfregelwerke, die sie aus Wettbewerbsgründen geheim halten. Während einige Krankenkassen ihre Regelwerke selbst entwickelten, griffen andere auf Produkte von Softwareherstellern zurück.

Der Bundesrechnungshof stellte fest, dass bei der Mehrzahl der geprüften Krankenkassen etwa 60 bis 70 % der Abrechnungen vom Prüfregelwerk als auffällig identifiziert wurden. Je nach Konfiguration konnte diese Quote auch niedriger liegen. Etwa ein Viertel der als auffällig identifizierten Abrechnungen wurde im Vorverfahren oder durch Beauftragung des Medizinischen Dienstes weiterverfolgt.³⁶ Hierbei handelte es sich um Fälle mit einem möglichst hohen Rückforderungspotential. Zum Teil bestimmten die Krankenkassen Wertgrenzen, bei deren Unterschreiten Fälle nicht beanstandet wurden. Dreiviertel der als auffällig identifizierten Fälle verfolgten die Krankenkassen nicht weiter.

Das Bundesversicherungsamt kam bei seiner Prüftätigkeit zu ähnlichen Ergebnissen wie der Bundesrechnungshof. Es stellte fest, dass Krankenkassen fehlerhafte Krankenhausabrechnungen oft nicht erkannt und weiterverfolgt hatten. Bei den vom Bundesversicherungsamt geprüften Krankenkassen bestand Potential für weitere Rechnungskürzungen von jeweils bis zu 4 Mio. Euro.

Einige Krankenkassen nutzten für die Krankenhausabrechnung voll- oder teilautomatisierte Geschäftsprozesse (sog. Dunkelverarbeitung), um die Sachbearbeitung von Routineaufgaben zu entlasten. Diese Krankenkassen erledigten durch Dunkelverarbeitung etwa 30 bis 40 % der Krankenhausabrechnungen. Kontrollen der elektronisch bearbeiteten Abrechnungen nahmen die geprüften

³³ § 301 SGB V.

³⁴ Formal-rechtliche Prüfung: Einhaltung der Abrechnungsvorschriften (z. B. Deutsche Kodierrichtlinien).

³⁵ Medizinisch-inhaltliche Prüfung: Notwendigkeit und Dauer der stationären Krankenhausbehandlung, Kodierung von Diagnosen und Prozeduren.

³⁶ Vgl. Tzn. 3.2 und 3.3.

Krankenkassen überwiegend nicht vor. Vereinzelt wurden Fälle stichprobenhaft überprüft. Eine Dokumentation und Evaluierung der Prüfungsergebnisse lag nicht vor. Verschiedene Krankenkassen lehnten eine Dunkelverarbeitung ab, weil sie nicht ausreichend zuverlässig sei.

3.2 Durchführung der Vorverfahren

Die geprüften Krankenkassen führten Vorverfahren in unterschiedlichem Maße durch. Der Anteil der Krankenhausabrechnungen, der innerhalb eines Vorverfahrens abschließend erledigt wurde, reichte von 1,1 bis 10,3 %. In den Jahren 2015 und 2016 kam es bei der Hälfte der Krankenhausabrechnungen, die im Vorverfahren erledigt wurden, zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages. Im Jahr 2015 reduzierten die geprüften Krankenkassen die Abrechnungsbeträge dadurch um 211 Mio. Euro, im Jahr 2016 um 229 Mio. Euro. Der Anteil an den Leistungsausgaben für stationäre Krankenhausbehandlung, der infolge des Vorverfahrens zurückgezahlt wurde (sog. Rückzahlungsquote), betrug zwischen 0,1 und 1,2 %.

3.3 Beauftragung des Medizinischen Dienstes

Die geprüften Krankenkassen beauftragten den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung im Jahr 2016 bei 12,9 % aller Krankenhausabrechnungen. Die Zahl der Gutachten stieg von 1,2 Millionen im Jahr 2008 auf über 2 Millionen im Jahr 2016. Vielerorts begrenzten mangelnde Begutachungskapazitäten bei den Medizinischen Diensten auf Landesebene weitere Beauftragungen. Dennoch betrug der durch den Medizinischen Dienst überprüfte Anteil der Abrechnungen (sog. Prüfquote) bei den geprüften Krankenkassen zwischen 7,4 und 18,5 %. Die Auftragszahlen waren im ersten Quartal 2015 zwar zunächst zurückgegangen. Dies wurde mit Unsicherheiten in Bezug auf die neue PrüfvV begründet.³⁷ Schon im zweiten Quartal 2015 waren die Auftragszahlen aber wieder gestiegen. Die Zahl der Beauftragungen reichte im Zeitraum 2012 bis 2016 von 10,8 bis 12,9 % aller Abrechnungen (vgl. Anlage 2).

Nach Auswertungen eines Medizinischen Dienstes auf Landesebene im Jahr 2016 hatte die Hälfte der Aufträge die stationäre Behandlungsnotwendigkeit und die Dauer der Krankenhausbehandlung zum Gegenstand (Prüfung der sog.

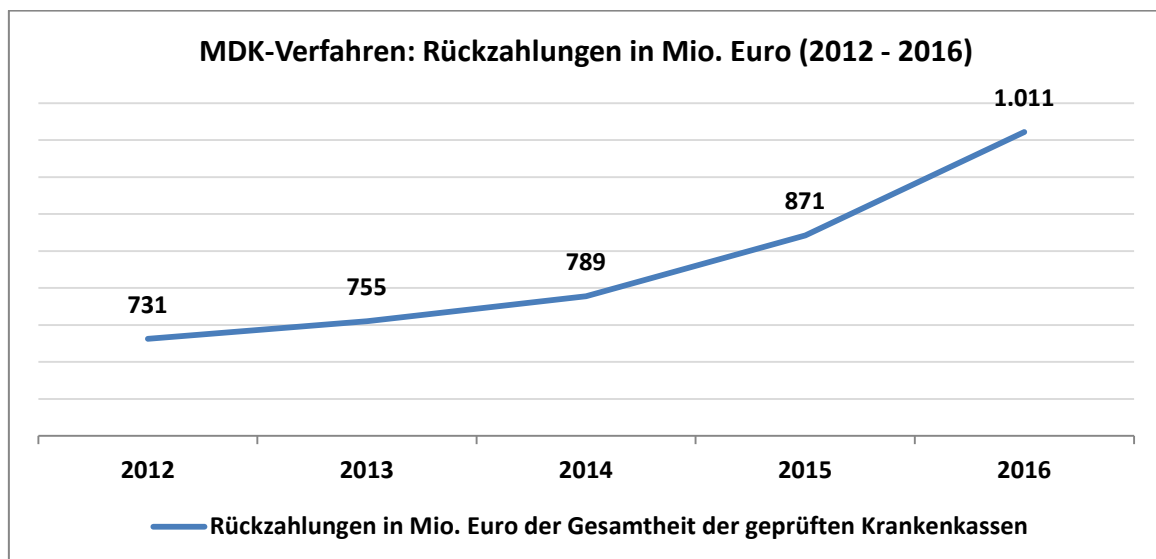
³⁷ Diese war für Krankenhausaufnahmen ab 1. Januar 2015 wirksam.

primären und sekundären Fehlbelegung); vier von zehn Aufträgen befassten sich mit der Prüfung der korrekten Kodierung.

Nach Auswertungen aller Medizinischen Dienste waren für überhöhte Rechnungen oft Interpretationsfragen zu den Abrechnungsregeln und einfache Rechnungsfehler ursächlich. Der weitaus größte Teil der falschen Abrechnungen betreffe indes ein sogenanntes „erlösorientiertes Up- oder Falschcoding“. Auffällig sei, dass mit Krankenhäusern mehrfach besprochene Fallkonstellationen im Einzelfall korrigiert würden, die Kodierpraxis bei dieser Fallgruppe aber unverändert bleibe.

Bei etwa der Hälfte der vom Medizinischen Dienst überprüften Krankenhausabrechnungen waren die Abrechnungsbeträge zu mindern. Bei den geprüften Krankenkassen lag dieser Anteil zwischen 41 und 59 %. Die geprüften Krankenkassen erzielten durch Beauftragung von Einzelfallprüfungen Rückzahlungen von über einer Milliarde Euro im Jahr 2016. Im Jahr 2012 lagen die Rückzahlungen noch bei 730 Mio. Euro. Ihre Höhe ist seitdem kontinuierlich gestiegen.

Übersicht 3: Rückzahlungen nach MDK-Verfahren



Quelle: Erhebungsdaten Bundesrechnungshof

Die im Wege der Beauftragung des Medizinischen Dienstes erzielte Rückzahlungsquote lag bei den geprüften Krankenkassen im Jahr 2016 insgesamt bei 2,6 %. Dabei waren die geprüften Krankenkassen unterschiedlich erfolgreich. Die Rückzahlungsquote reichte von 1,3 bis 3,4 %. Die Rückforderung im Fall

einer erfolgreichen Beanstandung lag je Abrechnungsfall zwischen 912 und 2 037 Euro.

Ein direkter Vergleich ähnlich großer Krankenkassen zeigte ebenfalls deutliche Unterschiede bei den Ergebnissen, die sich aus den Besonderheiten der Fallauswahl ergaben (vgl. dazu die Darstellung in Anlage 4). So erzielte eine Krankenkasse durch Beauftragung von Einzelfallprüfungen gegenüber einer anderen Krankenkasse fast die doppelte Rückzahlungshöhe je Erfolgsfall. Um annähernd gleiche Rückzahlungen von gut 30 Mio. Euro zu erzielen, leitete eine Krankenkasse gegenüber einer anderen mehr als doppelt so viele Verfahren beim Medizinischen Dienst ein.

3.4 Wirkungen der Interventionen der Krankenkassen

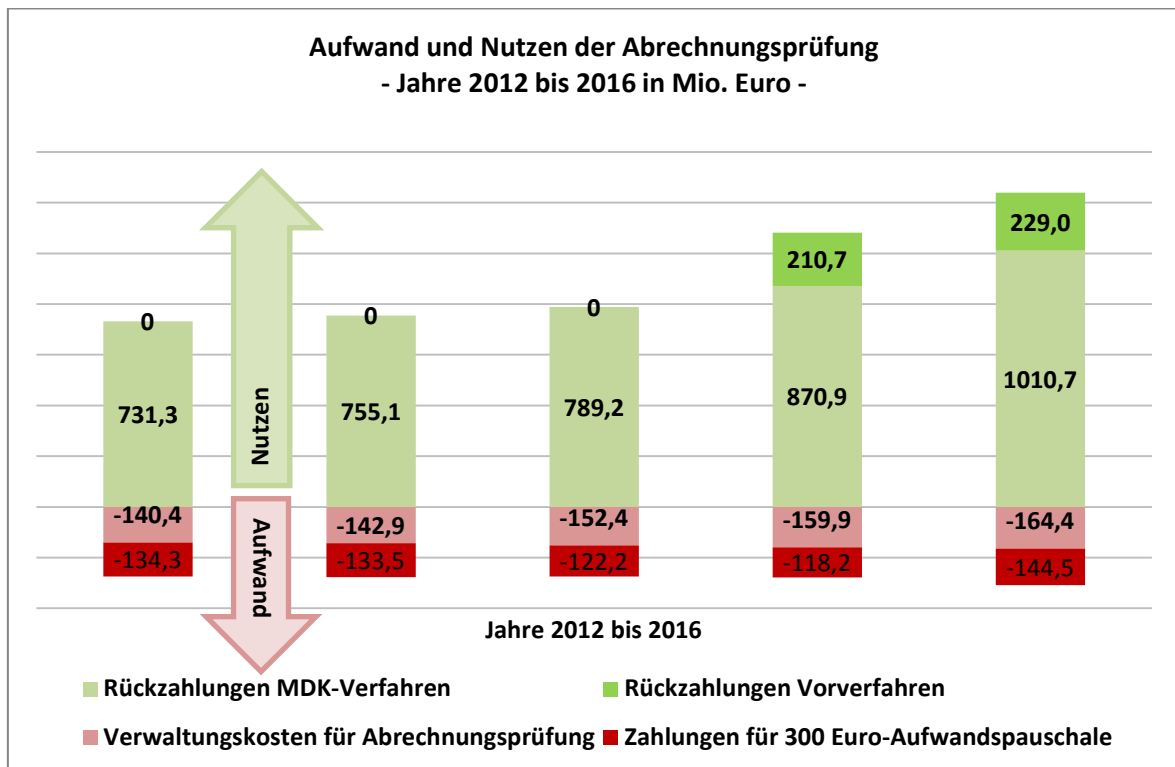
Die geprüften Krankenkassen erzielten im Jahr 2016 mit der Prüfung von Krankenhausabrechnungen im Rahmen des Vorverfahrens oder durch Beauftragung des Medizinischen Dienstes Rückzahlungen von über 1,2 Mrd. Euro.³⁸ Dem standen als Aufwand die Verwaltungskosten der Krankenkassen³⁹ gegenüber. Die mittleren Verwaltungskosten je Krankenhausabrechnung variierten zwischen 10 und 25 Euro. Hinzu kommen Zahlungen für die 300 Euro-Aufwandspauschale und die Kosten der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (vgl. dazu Beispielrechnung in Anlage 5). Im Jahr 2016 lag der Aufwand der geprüften Krankenkassen bei 309 Mio. Euro.⁴⁰

³⁸ Das Vorverfahren wurde mit der PrüfVV neu eingeführt und von den Krankenkassen erstmals im Jahr 2015 genutzt, vgl. Tz. 2.1.

³⁹ Sächliche und personelle Verwaltungskosten.

⁴⁰ Der Aufwand umfasst 144,5 Mio. Euro für die 300 Euro-Aufwandspauschale und weitere 164,4 Mio. Euro für die Verwaltungskosten.

Übersicht 4: Aufwand und Nutzen der Abrechnungsprüfung bei den geprüften Krankenkassen



Quelle: Erhebungsdaten Bundesrechnungshof

Der Bundesrechnungshof schätzt, dass *alle* Krankenkassen im Jahr 2016 Rückzahlungen von 2,2 Mrd. Euro erreichten. Dem stand im GKV-System ein Aufwand von knapp 800 Mio. Euro gegenüber (vgl. dazu Beispielrechnung in Anlage 5). Die Einnahmen aus den Einzelfallprüfungen überstiegen mithin deutlich die damit zusammenhängenden Aufwendungen.

Die Krankenkassen betrachten die unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Abrechnungsprüfung als wesentlichen Bestandteil des Wettbewerbs. Die Höhe der durch Abrechnungsprüfungen erzielten Rückzahlungen habe Einfluss auf die Höhe der jeweiligen Zusatzbeiträge. Eine geprüfte Krankenkasse konnte etwa ihren Zusatzbeitrag durch die erzielten Rückzahlungen um 0,4 Prozentpunkte niedriger halten.

3.5 Sozialgerichtliche Verfahren

Bleibt der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses auch nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst strittig, ist der Klageweg zu den Sozialgerichten gegeben. Die Zahl anhängiger Verfahren wegen strittiger Krankenhausabrechnungen bewegte sich in den Jahren 2012 bis 2016 zwischen 4 251 (2014) und

7 850 Verfahren (2015). Abgeschlossene Verfahren gingen etwa zu gleichen Teilen zugunsten der Krankenkassen und der Krankenhäuser bzw. im Vergleichsweg aus.

Auslöser für Sozialgerichtsverfahren waren überwiegend unterschiedliche Auffassungen zu Abrechnungsbestimmungen (z. B. Deutsche Kodierrichtlinien). Diese sind nicht immer eindeutig und eröffnen Interpretationsspielraum. Gegenstand der sozialgerichtlichen Verfahren waren z. B. die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung, die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung (primäre Fehlbelegung), die Verweildauer (sekundäre Fehlbelegung), die Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren, die Zahlung der Aufwandspauschale und ausgeschlossene Leistungen nach dem Versorgungsauftrag.

Aufgrund aktueller Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) im Bereich der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung⁴¹ und der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls⁴² drohten zuletzt erhebliche Rückforderungen der Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz⁴³ wurde deshalb die Verjährung von Ansprüchen der Krankenhäuser auf Vergütung und der Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von vier auf zwei Jahre verkürzt.⁴⁴ Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Für die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser verzichtete der Gesetzgeber auf eine rückwirkende Bestimmung. Ergänzend bestimmte der Gesetzgeber eine Übergangsregelung: Die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen ist ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1. Januar 2017 ent-

⁴¹ Vgl. BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017 (B1 KR 19/17 R), zur Durchführung und Dokumentation von Teambesprechungen im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im OPS 8-550.

⁴² Vgl. BSG, Urteile vom 19. Juni 2018 (B1 KR 38/17 R und B1 KR 39/17 R), zur Auslegung der Transportentfernung bei der Verlegung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten im OPS 8-98b und OPS 8-981.

⁴³ Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz) vom 11. Dezember 2018, BGBl. I 2018, S. 2394.

⁴⁴ Zur Änderung von § 109 Absatz 5 SGB V vgl. BT-Drs. 19/5593, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz.

standen sind und bis zum 9. November 2018⁴⁵ nicht gerichtlich geltend gemacht wurden.⁴⁶

Die Übergangsregelung führte dazu, dass Krankenkassen in einer Vielzahl von Krankenhausabrechnungen aus den Jahren 2014, 2015 und 2016 vorsorglich klagten. Nach dem Ergebnis einer Abfrage des GKV-Spitzenverbandes bei seinen Mitgliedskassen wurden bundesweit über 47 000 Klagen erhoben zu Fragen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls. Da die Krankenkassen vielfach Sammelklagen einreichten, sind über 170 000 Fälle mit strittigen Abrechnungsbeträgen von insgesamt 417 Mio. Euro betroffen.

Unter Vermittlung des Bundesgesundheitsministers kam es im Dezember 2018 zu einer Einigung zwischen DKG, GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Kassenarten auf Bundesebene.⁴⁷ Demnach sollten die Konfliktparteien vor Ort prüfen, die Klagen und Aufrechnungen zurückzunehmen.⁴⁸

3.6 Strukturprüfungen

Krankenhäuser können für besonders aufwendige Krankenhausbehandlungen, sogenannte Komplexbehandlungen, eine höhere Vergütung erhalten. Dazu müssen strukturelle Mindestanforderungen erfüllt sein, die in den jeweiligen Operationen- und Prozedurenschlüsseln (sog. OPS-Codes)⁴⁹ hinterlegt sind. Diese Strukturmerkmale beziehen sich auf die Ausstattung und Anbindung der Abteilung im Krankenhaus, die Qualifikation der Beschäftigten, die Behandlungsdauer und die Behandlungsinhalte.⁵⁰ Der Medizinische Dienst darf nur im Rahmen einer Einzelfallprüfung untersuchen, ob ein Krankenhaus die Strukturmerkmale erfüllt. Eine vom Einzelfall gelöste Überprüfung der Strukturmerkmale ist gesetzlich nicht vorgesehen. Allgemeine Überprüfungen des

⁴⁵ Tag der 2./3. Lesung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes im Deutschen Bundestag.

⁴⁶ § 325 SGB V.

⁴⁷ AOK Bundesverband GbR, BKK Dachverband, IKK Interessengemeinschaft, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Knappschaft), Verband der Ersatzkassen (vdek) e. V.

⁴⁸ Gemeinsame Empfehlung vom 6. Dezember 2018.

⁴⁹ Vgl. www.dimdi.de: Amtlicher OPS-Katalog, Kapitel 8 (nichtoperative therapeutische Maßnahmen).

⁵⁰ Beispiele: OPS-Code 8-980 (intensivmedizinische Komplexbehandlung), OPS-Code 8-981 (neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) und OPS-Code 8-982 (palliativmedizinische Komplexbehandlung).

Medizinischen Dienstes in Krankenhäusern sind nur bei den Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern zulässig.⁵¹

Krankenhäuser kündigten in der Regel bei den jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen⁵² die Abrechnung von Komplexbehandlungen an. Hierbei erklärten sie, die Strukturmerkmale zu erfüllen. Hatte eine Krankenkasse im weiteren Verlauf Zweifel, beauftragte sie den Medizinischen Dienst, dies zu überprüfen. Mit diesem Verfahren wurde ein weiteres Prüfungsformat etabliert, die sogenannte Strukturprüfung. Mit ihr werden besondere Strukturmerkmale nicht in jedem Einzelfall, sondern übergreifend kontrolliert. Aufgrund fehlender Rechtsgrundlage führten die Medizinischen Dienste auf Landesebene Strukturprüfungen uneinheitlich und unterschiedlich intensiv durch.

4 Konflikte bei Krankenhausabrechnungen

4.1 Umgang mit dem DRG-System

Das DRG-System soll vor allem der leistungsorientierten Vergütung von Krankenhausleistungen dienen und damit die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. Bei Ausgestaltung des DRG-Systems war es Anliegen des Gesetzgebers, ein Entgeltsystem mit praktikablen Differenzierungsgrad zu entwickeln.⁵³ Mit dem Ziel, die sachgerechte Abbildung von Leistungen im Vergütungssystem und damit die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern, wurde das DRG-System in den vergangenen Jahren stetig fortentwickelt und stärker ausdifferenziert. Hierdurch entsteht häufiger Streit über die Abgrenzungskriterien zwischen den einzelnen Differenzierungsgraden.

Um eine DRG zu ermitteln, müssen Krankenhäuser Diagnosen und Prozeduren präzise bestimmen. Dies setzt voraus, dass die dazu notwendigen Informationen während des Krankenhausaufenthaltes vollständig dokumentiert vorliegen. Das Abrechnungsverfahren und die dazu notwendigen Vorkehrungen gestalten sich aufwendig und konflikträchtig. Nicht immer lassen sich komplexe medizinische Sachverhalte eindeutig Diagnose- und Prozedurenschlüsseln zu-

⁵¹ § 275a SGB V.

⁵² In den Budgetverhandlungen legen die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG unter Beachtung des Versorgungsauftrages die Leistungsstruktur und das Budget des Krankenhauses fest.

⁵³ Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 11. September 2001, BT-Drs. 14/6893.

ordnen. Eine auch nur geringfügige Veränderung oder ein Tausch zwischen Haupt- und Nebendiagnosen führen zu einer anderen DRG und einem (deutlich) abweichenden Rechnungsbetrag. Veränderungen der Rechnungsbeträge können die Krankenhäuser in ihren IT-Systemen simulieren, um damit die Abrechnung zu „optimieren“. Krankenkassen nahmen derartige Fälle vielfach zum Anlass für Überprüfungen.

Beispiel:

Ein Patient mit Herzrhythmusstörungen und zerebrovaskulärer⁵⁴ Begleiterkrankung wird zur Erstimplantation eines Herzschrittmachers im Krankenhaus stationär aufgenommen. Je nachdem, was als Haupt- und was als Nebendiagnose bestimmt wird, ergibt sich ein Basisentgelt von rund 9 700 Euro oder 4 900 Euro. Einzelheiten ergeben sich aus der Darstellung in Anlage 7.

Erfüllen zwei oder mehrere Diagnosen gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose und fehlen weitere Verschlüsselungsanweisungen, hat der behandelnde Arzt zu entscheiden, welche Diagnose am ehesten der Definition der Hauptdiagnose entspricht. In diesem Fall ist diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat.⁵⁵ Streitbefangen war oft, ob die Diagnose als aufwendiger betrachtet werden durfte, die den höheren Erlös für das Krankenhaus nach sich zog.

Weitere Konflikte ergaben sich etwa, wenn eine Prozedur an bestimmte medizinische Maßnahmen oder den Einsatz weiteren Fachpersonals geknüpft war. Der Medizinische Dienst prüft dann, ob es kostengünstigere Verfahren gab, die denselben Behandlungserfolg erzielen.

Auch birgt die Auslegung der in den OPS-Codes beschriebenen Kriterien ein erhebliches Konfliktpotential. Dies galt besonders bei Komplexbehandlungen (vgl. Tz. 3.6), z. B. der neurologischen Komplexbehandlung des akuten

⁵⁴ Die Blutgefäße des Hirns betreffend.

⁵⁵ Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2018.

Schlaganfalls, die wiederholt Gegenstand sozialgerichtlicher Verfahren war.⁵⁶ Eine beispielhafte Beschreibung von Konflikten bei der Auslegung von Strukturmerkmalen ergibt sich aus Anlage 8.

Fragen zur Klassifizierung von Diagnosen und Prozeduren beantwortete das DIMDI in einem FAQ-Katalog.⁵⁷ Dabei erklärte es, die Auskünfte seien unverbindlich und eine „Haftung ausgeschlossen“.⁵⁸

4.2 Rechnungskorrekturen

Krankenhäuser wirken durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass die Abrechnung der Krankenhausfälle ordnungsgemäß erfolgt (17c Absatz 1 KHG). Gesetzlich und in den Durchführungshinweisen der Datenübermittlungs-Vereinbarung⁵⁹ zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ist nicht geregelt, wie oft ein Krankenhaus die Abrechnungsdaten korrigieren darf. Auch nach der Schlussrechnung darf ein Krankenhaus grundsätzlich ein vergessenes Entgelt in Rechnung stellen. Die PrüfvV lässt Korrekturmöglichkeiten während einer Überprüfung der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkassen zu, und zwar während des Vorverfahrens und im MDK-Verfahren.

Der Bundesrechnungshof stieß bei seiner Prüfung wiederholt auf Abrechnungsfälle, in denen Krankenhäuser Rechnungen nach Abschluss eines Prüfverfahrens mehrfach korrigiert hatten. In allen Fällen erhöhten sich dadurch nachträglich die Rechnungsbeträge (sog. Nachcodierung). Ein Krankenhaus hatte z. B. zunächst einen Abrechnungsdatensatz über 1 824,25 Euro übersandt. Im weiteren Verlauf korrigierte es dreimal seine Rechnung auf zuletzt 4 765,67 Euro.

⁵⁶ Vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 19. Januar 2017 (L 5 KR 95/16), zum unmittelbaren Zugang zu interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen durch einen Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung; SG Koblenz, Urteil vom 12. Januar 2010 (S 3 KR 105/08), zur mindestens zwölfstündigen ärztlichen Anwesenheit tagsüber von Montag bis Freitag; BSG, Urteil vom 21. April 2015 (B 1 KR 8/15R), zur 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie.

⁵⁷ Frequently Asked Questions.

⁵⁸ Vgl. [www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/hinweise zu kodierfragen/](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/hinweise%20zu%20kodierfragen/), abgerufen am 13. November 2018.

⁵⁹ Vgl. Anhang 5 der Datenübermittlungs-Vereinbarung.

4.3 Wettbewerb der Akteure

Die Krankenkassen stehen im Wettbewerb zueinander. Mit überdurchschnittlichen Prüf- und Rückzahlungsquoten verschafft sich eine Krankenkasse einen Vorteil gegenüber anderen Krankenkassen. Der Bundesrechnungshof stellte fest, dass der unterschiedliche Erfolg der Abrechnungsprüfung Einfluss auf die Höhe der jeweiligen Zusatzbeiträge hatte.

Auch zwischen Krankenhäusern herrscht eine Konkurrenzsituation. Die Höhe der von den Ländern bereitgestellten Fördermittel für Investitionen ist seit Jahren rückläufig. Investitionen aus Eigenmitteln gewinnen deshalb für Krankenhäuser an Bedeutung. Damit erhöht sich der Druck auf die Krankenhäuser, durch Erlöse aus DRGs und Zusatzentgelten zusätzliche Eigenmittel zu erwirtschaften, die in Investitionen fließen können.⁶⁰ Krankenhäuser, denen es gelingt, innerhalb der Gegebenheiten des DRG-Systems möglichst hoch zu kodieren und abzurechnen, verschaffen sich Vorteile im Wettbewerb.

5 Vorläufige Würdigung und Empfehlung

5.1 Beiderseitiges „Wettrüsten“ statt Entlastung

Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass die mit dem Beitragschuldengesetz verfolgten Ziele bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen nicht erreicht wurden. Krankenhäuser sehen sich seit Jahren mit einer steigenden Zahl von Interventionen durch die Krankenkassen konfrontiert. Dies und die steigende Komplexität der Abrechnungsregeln stellen sie vor hohe administrative Herausforderungen. Unbeschadet seiner mitunter regen Inanspruchnahme blieb das Vorverfahren – bundesweit betrachtet – hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurück. Es bewirkte nicht die angestrebte Entlastung des Medizinischen Dienstes, dessen Inanspruchnahme seit Jahren auf hohem Niveau verharrt. Vielerorts bestehen massive Rückstände.⁶¹ Die Entwicklung der sozialgerichtlichen Verfahren in den vergangenen Jahren deutet auf keine frühzeitige Bereinigung potentieller Konflikte bei Krankenhausabrechnungen hin. Die jüngsten Änderungen des Pflegepersonal-Stärkungs-

⁶⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, S. 234.

⁶¹ Vgl. zur Situation Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO vom 1. Juni 2017 über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Gz.: IX 1 - 2015 - 1047).

gesetzes verschärften den Konflikt zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern und ihren jeweiligen Selbstverwaltungspartnern. Die Rückwirkung der verkürzten Verjährungsfrist belastet Krankenkassen – und damit Beitrags- und Steuerzahler – einseitig. Der Gesetzgeber wollte die durch Rückforderungen der Krankenkassen hervorgerufenen Belastungen der Krankenhäuser verringern und zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens zwischen den Beteiligten beitragen. Letzteres dürfte mit Blick auf die von den Krankenkassen angestoßene Klagewelle fraglich sein.⁶²

Krankenhäuser betreiben zur Optimierung ihrer Abrechnungen gegenüber Krankenkassen einen hohen Aufwand, der zunehmend auch ärztliches Personal bindet. Notwendige Investitionen erhöhen den Druck, bei Krankenhausabrechnungen möglichst „hoch zu kodieren“ – auch, um sich gegenüber anderen Krankenhäusern Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Hinzu tritt, dass Krankenhäuser keine monetären Sanktionen befürchten müssen, wenn sie zu hoch abrechnen. Auch dies schafft Anreize, die Möglichkeiten des DRG-Systems auszuschöpfen.

Bei Krankenkassen besteht eine vergleichbare Situation. Sie betrachten Abrechnungsprüfungen und die erzielten Rückzahlungen ebenfalls als besonders wettbewerbsrelevant. Eine Ausweitung der Prüfungen lohnt sich grundsätzlich, weil dadurch noch mehr fehlerhafte Abrechnungen identifiziert und weitere Rückzahlungen erzielt werden. Allerdings werden die Krankenkassen durch die Aufwandspauschalen an die Krankenhäuser in den Fällen belastet, in denen die Überprüfung zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages führt. Diese Zahlungen beliefen sich im Jahr 2016 auf 144,5 Mio. Euro.

5.2 DRG-System immer weniger beherrschbar

Die Absicht des Gesetzgebers, mit dem DRG-System einen praktikablen Differenzierungsgrad zu entwickeln, geriet in den vergangenen Jahren zunehmend in den Hintergrund. Mit dem Ziel, die sachgerechte Abbildung von Leistungen im Vergütungssystem und damit die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern, wurde das DRG-System in den vergangenen Jahren stetig fortentwickelt und stärker ausdifferenziert. Der Bundesrechnungshof sieht in der

⁶² Vgl. hierzu die kritischen Anmerkungen zu den rückwirkenden Gesetzesänderungen durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz bei *Estelmann*, NZS 2018, S. 961 ff.

gegenwärtigen Komplexität des Abrechnungssystems und den zugrunde liegenden Abrechnungsregeln eine wesentliche Ursache für Konflikte bei Krankenhausabrechnungen. Das DRG-System erfordert eine Abrechnungsgenauigkeit, die in der Praxis oft nicht zu erreichen ist. Hinzu kommen ein zunehmender Dokumentationsaufwand in den Krankenhäusern und eine hohe Zahl von Rechnungstatbeständen ohne Pauschalierung, selbst bei Sachverhalten von geringer Komplexität.

So führt die wachsende Ausdifferenzierung des Abrechnungssystems zu immer mehr Streitigkeiten über die Abgrenzungskriterien zwischen den einzelnen Differenzierungsgraden. Erschwert werden die Abrechnung und die daran anknüpfende Prüfpraxis durch komplizierte Abrechnungsregeln und Vereinbarungen zum Prüfverfahren, die sich die Selbstverwaltungspartner selbst gegeben haben. Auch diese eröffnen Interpretationsspielräume, die Krankenkassen und Krankenhäuser zur Gewinnoptimierung nutzen und die zusätzliches Konfliktpotential schaffen.

Darüber hinaus führen häufige Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser zu Konflikten. Die Krankenkassen müssen diese Fälle wiederholt bearbeiten und ggf. einer erneuten Überprüfung unterziehen. In diesen Fällen wird der Medizinische Dienst oft nochmals beauftragt, bereits geprüfte Abrechnungen zu untersuchen. Auch weitere Sozialgerichtsverfahren im Anschluss sind in derartigen Fällen nicht ausgeschlossen.

Der Bundesrechnungshof hat es für notwendig erachtet, dass Abrechnungskorrekturen im Interesse einer hohen Abrechnungsqualität und Rechtssicherheit möglichst zeitnah erfolgen und die Möglichkeit nachträglicher Anpassungen durch die Krankenhäuser begrenzt wird. Die PrüfV kann dieses Problem nur bedingt lösen, weil sie sich nur auf das Verfahren während einer Krankenhausabrechnungsprüfung bezieht.

5.3 Ungenutzte Potentiale beim Risikomanagement

Unterschiedliche Rückzahlungsquoten und die unterschiedliche Treffgenauigkeit der Prüfungsmethoden deuten auf ungenutzte Potentiale und teilweise unwirtschaftliches Prüfverhalten hin. Dies bestätigen Befunde des Bundesversicherungsamtes. Das herausgehobene Ausgabevolumen bei der stationären Versorgung erfordert indes wirksame Abrechnungsprüfungen und Methoden

von hoher Treffgenauigkeit. Dies gilt uneingeschränkt auch für den Einsatz der Dunkelverarbeitung.

Der Bundesrechnungshof hat aufgrund der festgestellten unterschiedlichen Verfahren der Krankenkassen Zweifel geäußert, dass dieser strenge Maßstab durchgehend beachtet wurde. Art, Umfang und Treffgenauigkeit der Dunkelverarbeitung sind in besonderem Maße von den zugrunde liegenden maschinellen Prüfregeln abhängig. Es ist anzunehmen, dass Prüfregelwerke fehlerhafte Abrechnungen nicht verlässlich identifizieren. Definierte Mindestgrenzen nehmen fehlerhafte Abrechnungen unterhalb dieser Schwelle bewusst in Kauf. Der Bundesrechnungshof hat dies als Rechtsverstoß gewertet. Er hat zudem kritisiert, dass Krankenkassen regelmäßig eine rückwirkende Überprüfung der vollautomatisiert bearbeiteten Fälle versäumten bzw. hierfür keine Standards definiert hatten.

5.4 Erwartungen an die Selbstverwaltungspartner nicht erfüllt

Der Bundesrechnungshof hat zudem darauf hingewiesen, dass die Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner nicht ausreichend dazu beigetragen haben, Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu vermeiden. Die Selbstverwaltungspartner handelten weitgehend interessen-geleitet, Einigungen beschränkten sich auf den „kleinsten gemeinsamen Nenner“. Die umfassenden Möglichkeiten zur gemeinsamen Ausgestaltung der Abrechnungsverfahren wurden nicht ausgeschöpft. Die PrüfvV kam nur schleppend zustande, wichtige Verfahrensfragen blieben dabei offen, gemeinsame verbindliche Empfehlungen der Selbstverwaltungspartner existieren nicht und der Schlichtungsausschuss wurde bislang nur einmal angerufen. Die Selbstverwaltungspartner konnten sich auch nicht auf ein Verfahren für den elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Diensten auf Landesebene einigen.

5.5 Abrechnungsprüfung neu ausrichten

Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, dem beobachteten „Wettrüsten“ von Krankenkassen und Krankenhäusern entgegenzutreten. Er hat es für notwendig gehalten, den mit der Abrechnungsprüfung verbundenen hohen Aufwand zu vermindern. Die festgestellte Fehlentwicklung sollte zum Anlass genommen werden, die bei der Diskussion um das Beitragsschuldengesetz in Aussicht ge-

stellte Einführung weiterer (gesetzlicher) Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und etwaiger Sanktionen zu prüfen. Der Bundesrechnungshof hat folgende Maßnahmen angeregt:

Praktikabilität des Abrechnungssystems sicherstellen

Handlungsbedarf hat der Bundesrechnungshof zunächst beim DRG-System selbst gesehen. Er hat es für erforderlich gehalten, das Ziel eines praktikablen Differenzierungsgrades künftig stärker in den Blick zu nehmen.

Verfahrensfragen klären

Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, die offenen Verfahrensfragen zur Abrechnungsprüfung einer verbindlichen Regelung zuzuführen, z. B. in § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Grenzen eines zulässigen Risikomanagements definieren

Angesichts der unterschiedlich erfolgreichen Konfigurationen der Prüfredelwerke, unterbliebener (stichprobenhafter) Kontrollen der maschinellen Prüfungen und (betragsmäßiger) Nichtaufgreifschwelen hat es der Bundesrechnungshof für erforderlich erachtet, Mindeststandards an eine wirksame Krankenhausabrechnungsprüfung vorzugeben. In diesem Zusammenhang hat er empfohlen, die Grenzen eines zulässigen Risikomanagements bei der Krankenhausabrechnungsprüfung zu definieren. Sofern erforderlich, sollten dazu gesetzliche Änderungen ins Auge gefasst werden.

Schlichtungsverfahren stärken

Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, die Stellung und Akzeptanz des Schlichtungsausschusses durch geeignete Maßnahmen zu stärken. Er hat angeregt, das Antragsverfahren zu modifizieren und allen Akteuren das Recht zur Anrufung des Schlichtungsausschusses einzuräumen.

Anreize für korrektes Abrechnungsverhalten stärken

Der Bundesrechnungshof hat ein für Krankenkassen *und* Krankenhäuser sanktionsbewehrtes System empfohlen. Führt die Überprüfung einer Krankenhausabrechnung zu deren Korrektur und Minderung, sollte – aus Gründen der Gleichbehandlung – auch die fehlerhafte Abrechnung durch ein Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen finanziell abgegolten werden.

Prüfung von Strukturmerkmalen rechtsverbindlich etablieren

Sind für die Erbringung und Abrechnung von Komplexbehandlungen bestimmte Strukturmerkmale zu erfüllen, hat es der Bundesrechnungshof für sachgerecht erachtet, diese Merkmale von den Krankenkassen – außerhalb einer Einzelfallprüfung – untersuchen zu lassen. Die Strukturprüfung sollte als eigenständiges Prüfungsformat gesetzlich etabliert werden.

Format der Abrechnungsprüfung weiterentwickeln

Der Bundesrechnungshof hat es für erforderlich gehalten, die Wirksamkeit und Effizienz der Abrechnungsprüfung zu stärken. Er hat verschiedene Möglichkeiten einer Weiterentwicklung für denkbar gehalten, die es allerdings notwendig machen, die Prüfung von Krankenhausabrechnungen der Gestaltungsbefugnis der Krankenkassen zu entziehen. Ziel der Abrechnungsprüfung muss es sein, zu Unrecht geltend gemachte Ansprüche der Krankenhäuser in vollem Umfang aufzudecken und zurückzufordern. Wegen der erheblichen finanziellen Bedeutung dieses Leistungsbereiches und der beobachteten unterschiedlichen Erfolge der Krankenkassen im bisherigen Prüfungsformat hat der Bundesrechnungshof ein bundesweit einheitliches und gleichermaßen wirksames Prüfverfahren anstelle der Einzelfallprüfung empfohlen. Varianten und Eckpunkte dazu hat er in Anlage 9 beschrieben.

6 Stellungnahmen

6.1 BMG

Das BMG hat bestätigt, dass die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen und den Medizinischen Dienst reformbedürftig ist. Reformüberlegungen würden derzeit beim BMG erarbeitet. Dabei würden die Feststellungen des Bundesrechnungshofes einbezogen. Die Überlegungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung umfassten u. a.

- die Prüfung von Strukturmerkmalen,
- eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit des Schlichtungsausschusses Bund oder
- das Verbot von Sondervereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur pauschalen Kürzung von Krankenhausabrechnungen.

Das BMG beabsichtige, noch im Jahre 2019 gesetzliche Regelungen zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung in ein Gesetzgebungsverfahren einzubringen. Näheres hat das BMG nicht ausgeführt.

6.2 GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband hat die Empfehlungen des Bundesrechnungshofes begrüßt, soweit sie auf verbesserte Regelungen abzielen. Er hat befürwortet, offene Verfahrensfragen verbindlich zu regeln (z. B. den elektronischen Datenaustausch zwischen Medizinischem Dienst und Krankenhäusern), das Schlichtungsverfahren auf Bundesebene zu stärken, die Prüfung von Strukturmerkmalen gesetzlich klarzustellen und Anreize für korrektes Abrechnungsverhalten zu schaffen. Er hat abgelehnt, die Einzelfallprüfung durch ein anderes Prüfverfahren zu ersetzen und den Krankenkassen die Gestaltungsbefugnis zu entziehen. Dies würde nicht dazu führen, Prüfaufwände zu reduzieren und fehlerhafte Abrechnungen zu vermeiden. Sinnvoll seien ergänzende Maßnahmen zur Einzelfallprüfung.

Praktikabilität des Vergütungssystems

Der GKV-Spitzenverband hat die Komplexität des DRG-Systems für notwendig erachtet, um auch komplexe Eingriffe abbilden zu können. Punktuell bestehe Vereinfachungsbedarf, z. B. bei Komplexcodes. Überlegungen, eine weitere Ausdifferenzierung des DRG-Systems nicht unkritisch fortzusetzen, würden unterstützt. Eine übermäßige Ausdifferenzierung widerspreche der Grundsystematik des pauschalierten Abrechnungssystems.

Die als Ursache für fehlerhafte Abrechnungen bemühte Komplexität des Abrechnungssystems sei nicht bzw. nicht ausschließlich entscheidend. Regelwidrige Verhaltensweisen seien nicht per se durch das DRG-System bedingt, denn die Abrechnungsqualität von Krankenhäusern weise erhebliche Unterschiede auf. Es sei dringend erforderlich, die Ursachen für fehlerhafte Abrechnungen in den Blick zu nehmen. Sachgerechte Kodierung, ordnungsgemäße Dokumentation und verbindliche Rechnungslegung der Krankenhäuser müssten thematisiert und gesetzlich vorgegeben werden. Werde über diese Ansatzpunkte für eine hohe Abrechnungsqualität gesorgt, lasse sich der Prüfaufwand begrenzen.

Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen

Dass Krankenkassen nur etwa ein Viertel der als auffällig identifizierten Rechnungen weiterverfolgten, sei schon aus Kapazitätsgründen nachvollziehbar. Die Entscheidung, welche auffälligen Rechnungen weiterverfolgt werden, werde auch – aber nicht ausschließlich – unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten getroffen. Nicht jede durch ein maschinelles Prüfregelwerk identifizierte Rechnung böte tatsächlich reales Prüfpotential. Deshalb werde auch aufgrund von Erfahrungswerten ein nicht unwesentlicher Anteil der Rechnungen nicht weiterverfolgt. Dies stelle keine Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes oder nachlässiges Prüfverhalten dar.

Dass bei weiteren Prüfungen noch mehr fehlerhafte Rechnungen identifiziert werden könnten, lasse angesichts der ohnehin schon hohen Auffälligkeitsrate der Krankenhausabrechnungen Rückschlüsse auf die oft mangelnde Qualität der Abrechnungen zu. Dem gegenüber stehe eine hohe Treffgenauigkeit der Prüfungen. Unterschiedliche „Treffgenauigkeiten“ der Prüfregelwerke der Krankenkassen seien nicht gleichzusetzen mit Unzulänglichkeiten. Unterschiedliche Prüfregelwerke trügen dazu bei, Umgehungsstrategien häufig fehlerhaft abrechnender Krankenhäuser zu vermeiden. Bei einem einzigen Regelwerk würde das Risiko unerwünschter „Lerneffekte“ steigen. Die Geheimhaltung der unterschiedlichen Prüfregelwerke habe größere Relevanz gegenüber den Krankenhäusern als gegenüber den Wettbewerbern. Kassenübergreifende Abstimmungen zur Abrechnungsprüfung fänden bereits statt und würden im Rahmen von Strukturprüfungen und bei Einführung eines bundesweiten Abrechnungsscores ein noch höheres Gewicht erlangen.

Erwartungen an die Selbstverwaltungspartner

Der gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltung, ein Verfahren der Einzelfallprüfung zu vereinbaren, sei – wenn auch unter Mitwirkung der Bundesschiedsstelle – erfüllt worden. Hinsichtlich der geringen Inanspruchnahme des Schlichtungsausschusses Bund und der Gründe hierfür würden die Einschätzungen des Bundesrechnungshofes geteilt. Es bedürfe entsprechender Veränderungen, um das Tätigwerden des Schlichtungsausschusses Bund zu forcieren.

Abrechnungsprüfung neu ausrichten

Die Empfehlungen des Bundesrechnungshofes seien überwiegend folgerichtig. Die Praktikabilität des Abrechnungssystems sicherzustellen, sei ebenso wichtig und notwendig wie die gesetzliche Etablierung bestimmter Regelungstatbestände für die Einzelfallprüfung und die gesetzliche Klarstellung zu Strukturprüfungen. Auch die Stärkung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene fördere eine systematische Weiterentwicklung und sei zweifellos erforderlich. Eine Erweiterung der Antragsberechtigten sei aber nicht zielführend. Wichtig sei, Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten zu schaffen, z. B. durch eine pauschale oder eine an die Höhe des streitbehafteten Betrages geknüpfte Zahlung. Nach Datenauswertungen der Krankenkassen zum 1. Halbjahr 2017 seien durchschnittlich 52 % der geprüften Rechnungen fehlerhaft gewesen (Vorverfahren und MDK-Prüfung). Bereits im Jahr 2011 habe der Bundesrechnungshof die Anreizsetzung für korrektes Abrechnen thematisiert. Werde dieser Aspekt weiterhin nicht in Angriff genommen, sei eine durchgreifende Verbesserung nicht zu erwarten.

Nicht begründbar sei die Empfehlung des Bundesrechnungshofes, die Einzelfallprüfung durch ein anderes Prüfverfahren zu ersetzen und den Krankenkassen die Gestaltungsbefugnis zu entziehen. Die vorgeschlagene Neuausrichtung der Abrechnungsprüfung sei in der Gesamtbetrachtung der aktuellen Prüfergebnisse des Bundesrechnungshofes nicht nachvollziehbar. Die Entwicklung der Abrechnungsprüfung und eine deutlich gestiegene „Trefferquote“ der Krankenkassen belegten ihre zunehmende Professionalisierung. Einheitliche Prüfregeln seien leichter zu erkennen und vereinfachten Ausweichstrategien der Krankenhäuser.

Die durch den Bundesrechnungshof umrissenen Verfahren fokussierten auf ein einheitliches Prüfregelwerk, ohne dies nachvollziehbar zu begründen. Mit keiner der vom Bundesrechnungshof beschriebenen Varianten werde das Ziel erreichbar, unberechtigte Ansprüche der Krankenhäuser in vollem Umfang aufzudecken. Die Umsetzbarkeit und Konsequenzen der vorgeschlagenen Varianten würden nicht dargestellt.

Der GKV-Spitzenverband hat vorgeschlagen, anhand eines sogenannten „Abrechnungsscores“ Transparenz über das Abrechnungsverhalten von Krankenhäusern zu schaffen. Dieser basiere auf einem einheitlichen Ansatz. Die Daten-

grundlage setze sich aus den differenzierten Datenbeständen der Krankenkassen zusammen. Die Entwicklung und Erhebung eines bundesweiten Abrechnungsscores der Krankenhäuser sei geeignet, gezielt Maßnahmen für auffällige und weniger auffällige Krankenhäuser zu variieren. Die Qualität der Abrechnung werde krankenhausbefugten erfasst. Je nach Zuordnung zu einem bestimmten Abrechnungsscore sollten korrekt abrechnende Krankenhäuser von einer potenziell niedrigeren Prüfquote profitieren können, wohingegen (wiederholt) fehlerhaft abrechnende Krankenhäuser mit Aufwandspauschalen und Sanktionen rechnen müssten. Der bundesweite Abrechnungsscore solle modellhaft auf Basis der Ergebnisse der Einzelfallprüfung im Zeitverlauf und weiterer abrechnungsrelevanter Daten gebildet werden.

Eine gesetzliche Klarstellung zur Durchführung von Strukturprüfungen werde begrüßt.

6.3 DKG

Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen

Die DKG hat die Probleme des MDK-Prüfverfahrens in weiten Teilen bestätigt. Nach wie vor würden Krankenhäuser unter einer hohen Prüfquote leiden, die sich durchschnittlich von 12 auf 20 % erhöht habe. Dies führe zu einem hohen administrativen und kostenintensiven Aufwand in den Krankenhäusern. Ebenfalls zuzustimmen sei dem Bundesrechnungshof, dass das Abrechnungssystem und die zugrunde liegenden Abrechnungsregeln zunehmend ausdifferenziert und komplex gestaltet würden. Dies erhöhe den Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser und das Streitpotential hinsichtlich der Auslegung der Abrechnungsregeln.

Zurückzuweisen sei die Behauptung, Krankenhäuser würden ihre Abrechnungen optimieren und möglichst hoch kodieren. Der Vorwurf systematischer Falschabrechnung durch Krankenhäuser werde immer wieder erhoben, sei aber nicht belegt. Richtig sei, dass Krankenhäuser, die „mit den Abrechnungsvorschriften verbundenen Auslegungsmöglichkeiten und Variabilitäten medizinischer Interventionen [...] als systemimmanente Möglichkeiten der Abrechnung erbrachter Leistungen“ nutzten. Dies sei nicht vorwerfbar. Eine solche Optimierung sei „nicht nur legal, sondern auch legitim“.

Erwartungen an die Selbstverwaltungspartner

Die DKG hat die Kritik an der PrüfvV zurückgewiesen. Es sei zu erwarten gewesen, dass im Jahr 2014 die Bundesschiedsstelle habe eingeschaltet werden müssen. Die Interessen der Krankenhäuser und Krankenkassen im Rahmen von MDK-Prüfungen hätten sich teilweise diametral gegenüber gestanden. Schiedslösungen seien anerkannte Konfliktlösungen der Selbstverwaltung. Immerhin sei die PrüfvV im Jahr 2016 zügig überarbeitet worden. Fehlende gemeinsame Umsetzungshinweise seien nicht kritikwürdig. Sie seien eine absolute Ausnahme zwischen den Selbstverwaltungspartnern.

Die PrüfvV beschreibe nicht bloß den kleinsten gemeinsamen Nenner. Die Bundesschiedsstelle habe sich bemüht, einen Ausgleich der Interessen herzustellen. Die PrüfvV beinhalte Regelungen, die für Krankenkassen und Krankenhäuser nachteilig seien. Hinsichtlich der Ermächtigungsnorm des § 17c KHG seien DKG, GKV-Spitzenverband und Bundesschiedsstelle davon ausgegangen, dass die PrüfvV den gesetzlichen Rahmen einhalte.

Praktikabilität des Vergütungssystems

Die DKG hat den Vorschlägen des Bundesrechnungshofes zugestimmt. Es erscheine sinnvoll, die in den Abrechnungsregeln vorgesehenen Differenzierungsmöglichkeiten auf ihre praktische Umsetzbarkeit zu prüfen und kritisch zu hinterfragen. Klar formulierte, auf wesentliche Kriterien reduzierte Abrechnungsbestimmungen würden den administrativen Aufwand in den Krankenhäusern und das Streitpotential bei der Auslegung von Abrechnungsbestimmungen verringern.

Anreiz für korrektes Abrechnungsverhalten

Die DKG hat eine Sanktion bei fehlerhafter Abrechnung durch ein Krankenhaus abgelehnt. Die gegenwärtige Aufwandspauschale sei keine Sanktion gegenüber Krankenkassen. Sie solle den Aufwand pauschal ausgleichen, der dem Krankenhaus durch eine unberechtigte Prüfung entstehe. Eine Sanktion zulasten der Krankenhäuser sei nicht erforderlich, um ein korrektes Abrechnungssystems sicherzustellen. Der Gesetzgeber habe auf die Festsetzung einer solchen Sanktion bisher bewusst verzichtet. Im aktuellen System bestehe eine Ungleichbehandlung zulasten der Krankenhäuser, die sich in einer passiven Position befänden. So könnten die Krankenkassen jederzeit Abrechnungsprüfungen beim Medizinischen Dienst beauftragen, behauptete Erstattungsforde-

rungen im Wege der Aufrechnung durchsetzen und dem Krankenhaus liquide Mittel entziehen. Das Krankenhaus müsse reagieren, sei es durch Mitwirken in einer MDK-Prüfung oder durch gerichtliche Verfahren.

Stärkung der Strukturprüfung

Die DKG hat die Stärkung der schon durchgeführten Strukturprüfung in Betracht gezogen. Voraussetzung sei, diese auf eine rechtliche Grundlage zu stellen und die Verfahren verbindlich zwischen DKG und GKV-Spitzenverband zu regeln. Strukturprüfungen sollten Einzelfallprüfungen ersetzen. Letztere sollten nicht mehr zusätzlich zu Strukturprüfungen erfolgen.

7 Abschließende Würdigung und Empfehlung

Der Bundesrechnungshof sieht sich in seiner Einschätzung bestätigt, dass die mit dem Beitragsschuldengesetz verfolgten Ziele zur Verbesserung der Krankenhausabrechnungsprüfung nicht erreicht wurden. Er hält deshalb an seiner Empfehlung fest, die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Prüfung von Krankenhausabrechnungen weiterzuentwickeln. Der Bundesrechnungshof begrüßt, dass das BMG noch im Jahr 2019 gesetzliche Regelungen hierzu in ein Gesetzgebungsverfahren einbringen möchte. Allerdings handelt es sich dabei zunächst nur um eine Absichtserklärung. Das BMG hat zu den geplanten Regelungen kaum Näheres ausgeführt. Zu den dargestellten Kernproblemen bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen (Komplexität von Vergütungssystem und Abrechnungsregeln, steigender Prüfaufwand, unterschiedlicher Erfolg der Krankenkassen, Belastung aller Akteure einschließlich Medizinischer Dienst und Sozialgerichte) hat sich das BMG nicht geäußert. Dem beschriebenen „Wettrüsten“ zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, dem auch das BMG, der GKV-Spitzenverband und die DKG nicht widersprochen haben, werden keine wirksamen Strategien entgegengesetzt.

Der Bundesrechnungshof wiederholt seinen Hinweis, dass sich die Zahl der Abrechnungsprüfungen in den vergangenen Jahren stetig erhöht hat. Dennoch liegt der Anteil der vom Medizinischen Dienst als fehlerhaft aufgedeckten Abrechnungen weiterhin bei rund 50 %. Nach wie vor besteht bei jeder zweiten geprüften Abrechnung Korrekturbedarf. GKV-Spitzenverband und DKG teilen diese Einschätzung: Nach aktuellen Datenauswertungen der Krankenkassen seien zum 1. Halbjahr 2017 durchschnittlich 52 % der geprüften Rechnungen fehlerhaft. Die Krankenhäuser litten unter einer Prüfquote, die sich inzwischen

auf durchschnittlich 20 % erhöht habe. Die dadurch gebundenen finanziellen und personellen Kapazitäten wirken sich zunehmend zulasten der Patientenversorgung aus.

Der Bundesrechnungshof sieht Krankenhäuser und Krankenkassen bei der Krankenhausabrechnung und ihrer Prüfung gefangen in einer Eskalationsspirale. Krankenhäuser schöpfen Interpretationsspielräume im System für erlösorientiertes Abrechnen konsequent aus. Die Aufwandspauschale der Krankenkassen verschafft ihnen dabei zusätzliche Einnahmen. Die DKG hat dies anerkannt, indem sie einräumt, dass „Auslegungsmöglichkeiten und Variabilitäten medizinischer Interventionen“ als „systemimmanente Möglichkeiten der Abrechnung erbrachter Leistungen“ genutzt würden.

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stärkt die Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns. Insofern sind Krankenkassen darauf bedacht, Krankenhausabrechnungen zu prüfen und Rückforderungen geltend zu machen. Die Wettbewerbssituation verstärkt zudem die gesetzliche Verpflichtung, Abrechnungen sorgfältig zu prüfen, Auffälligkeiten nachzugehen und unberechtigte Ansprüche der Krankenhäuser aufzudecken. Solange die Korrekturquote trotz Ausweitung der Abrechnungsprüfung konstant bleibt oder sogar steigt, handeln die Krankenkassen wirtschaftlich, wenn sie weitere Prüfungen durchführen.

Indes sind die Abrechnungsprüfungen mit einem beachtlichen Personal- und Kostenaufwand verbunden. Vor allem die Medizinischen Dienste werden immer stärker durch die Ausweitung der Abrechnungsprüfung belastet. Deswegen sind gesetzliche Anpassungen und Anreize geboten, die einem fehlerhaften Abrechnungsverhalten entgegenwirken. Um den beobachteten Fehlentwicklungen bei der Abrechnungsprüfung zu begegnen, hält der Bundesrechnungshof verschiedene Maßnahmen für erforderlich. Er schlägt folgende Systemänderungen vor, die vom BMG angestoßen bzw. von den Selbstverwaltungspartnern umgesetzt werden sollten:

7.1 Praktikabilität des Abrechnungssystems sicherstellen

Der Bundesrechnungshof sieht dringend Handlungsbedarf beim DRG-System selbst. Er erkennt an, dass die Komplexität des DRG-Systems dazu dient, komplexe Eingriffe höher als einfache Fälle zu vergüten. Allerdings steht die aktuelle Ausdifferenzierung der Grundsystematik eines pauschalierten Abrech-

nungssystems entgegen. Ausgelöst durch die steigende Komplexität des Abrechnungssystems treten zu den vorhandenen neue Interpretationsspielräume hinzu, die Abrechnungsstreitigkeiten begünstigen.

Der Bundesrechnungshof hält es für unumgänglich, das Ziel eines praktikablen Differenzierungsgrades stärker in den Blick zu nehmen. Er empfiehlt, vor jeder Weiterentwicklung des DRG-Systems zwingend die administrativen Auswirkungen zu prüfen. Die Selbstverwaltungspartner, das InEK und das DIMDI müssen künftig kritisch hinterfragen, ob eine weitere Ausdifferenzierung erforderlich ist, mit welchem Aufwand sie verbunden wäre und ob ein angemessenes „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ besteht. Die Abbildung von Kostenunterschieden durch weitere Entgelte sollte erst ab einer bestimmten Größenordnung umgesetzt werden.

Darüber hinaus sollten sich bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems die Selbstverwaltungspartner, das InEK und das DIMDI auf präzise Bestimmungen verständigen. Interpretationsspielräume müssen ausgeräumt werden. Sofern eine Einigung zwischen den Beteiligten misslingt, ist das BMG aufgefordert, verbindliche Regelungen durchzusetzen.

Unbeschadet dessen teilt der Bundesrechnungshof die Bewertung des GKV-Spitzenverbandes, dass regelwidrige Verhaltensweisen nicht per se durch das DRG-System bedingt sind und dass erhebliche Unterschiede bei der Abrechnungsqualität von Krankenhäusern bestehen. Er empfiehlt deshalb, die Ursachen für fehlerhafte Abrechnungen zu betrachten und Anreize für korrekte Abrechnungen zu schaffen (vgl. dazu Tz. 7.3).

7.2 Verfahrensfragen klären

Der Bundesrechnungshof hält an seiner Einschätzung fest, dass die bestehenden gesetzlichen Regelungen und die Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner nicht ausreichend dazu beitragen, Abrechnungsstreitigkeiten zu vermeiden. Er hält es für unerlässlich, die offenen Verfahrensfragen zur Abrechnungsprüfung einer verbindlichen Regelung zuzuführen, z. B. in § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz. Die von den Selbstverwaltungspartnern zu bestimmenden Regelungsstatbestände eines Prüfverfahrens sollten dabei präzise benannt (z. B. das Verfahren einer elektronischen Datenübertragung zwischen Krankenhäusern und Medizinischem Dienst) und Interpretationsspielräume vermieden werden. Evident streitbefangene Gegenstände sollten verbindlich

geregelt werden. Alternativ sollte der Gesetzgeber wesentliche Konfliktfelder selbst normieren.

Eine Präzisierung der gesetzlichen Bestimmungen ist aus Sicht des Bundesrechnungshofes auch angesichts der sozialgerichtlich geäußerten Bedenken im Hinblick auf die nicht ausreichende Ermächtigungsgrundlage angezeigt (z. B. zu den in der PrüfvV geregelten Ausschlussfristen für die Rechnungskorrektur).

7.3 Anreiz für korrektes Abrechnungsverhalten schaffen

Da auch 15 Jahre nach Einführung des DRG-Systems über die Hälfte der geprüften Krankenhausabrechnungen fehlerhaft ist und korrigiert werden muss, hält es der Bundesrechnungshof für erforderlich, nunmehr einen Anreiz für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser zu schaffen. Dieser Anreiz sollte in einem beiderseits – für Krankenkasse *und* Krankenhaus – sanktionsbewehrten System bestehen. Führt die Überprüfung einer Krankenhausabrechnung zu deren Korrektur und Minderung, sollte aus Gründen der Gleichbehandlung mit den Krankenkassen auch für Krankenhäuser die Verpflichtung zu einer adäquaten Aufwandsabgeltung greifen. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang eine pauschale oder an die Höhe des streitbehafteten Betrages geknüpfte Zahlung. Die dazu notwendigen rechtlichen Änderungen sollten angestoßen werden.

Die hiergegen vorgetragenen Argumente der DKG überzeugen nicht. Im Falle einer fehlerhaften Abrechnung gibt ein Krankenhaus aktiv Anlass für eine Überprüfung. Der Hinweis der DKG, ein Krankenhaus befände sich in einer passiven Situation und könne nur reagieren, trägt insoweit nicht.

Um die Abrechnungsqualität zu stärken, sollten häufige bzw. wiederholte Rechnungskorrekturen durch Krankenhäuser unterbunden werden. Der Bundesrechnungshof hält an seiner Empfehlung fest, eine gesetzliche Regelung einzuführen, die die Merkmale einer zulässigen nachträglichen Rechnungskorrektur beschreibt. Beispielsweise könnte bestimmt werden, dass außerhalb der Abrechnungsprüfung nach der PrüfvV nur einmalig, etwa innerhalb eines Jahres nach Entlassung der Patientin bzw. des Patienten, eine Rechnung korrigiert werden darf. Nach Abschluss einer Abrechnungsprüfung sollte eine Korrektur ausgeschlossen sein. Der Aufwand aller Beteiligten könnte dadurch erheblich verringert werden.

7.4 Vorverfahren und außerprozessuale Streitbeilegung stärken

Der Bundesrechnungshof hält es weiterhin für geboten, konsequent eine niederschwellige Konfliktbewältigung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei streitigen Abrechnungen anzustreben. Dazu wäre der gesetzliche Rahmen der Abrechnungsprüfung anzupassen.

Zu diesem Ziel beitragen könnte nach Überzeugung des Bundesrechnungshofes zunächst die Stärkung des Vorverfahrens. Seine unterschiedlich intensive Nutzung durch Krankenkassen und Krankenhäuser blieb im Ergebnis hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurück und ermöglichte keine nennenswerte Entlastung der Medizinischen Dienste. Der Bundesrechnungshof schlägt vor, die Gründe hierfür zu ermitteln und Maßnahmen zur Stärkung zu ergreifen. Diese könnten darin bestehen, die Durchführung des Vorverfahrens vor weiteren Schritten verbindlich anzuordnen.

Der Bundesrechnungshof schlägt im Übrigen vor, ein an das Vorverfahren anknüpfendes verbindliches Schlichtungsverfahren zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zu etablieren, das vor weiteren eskalierenden Verfahrensschritten, d. h. vor Einleitung des MDK- oder Klageverfahrens, zwingend durchzuführen ist. Die Klärung der sich dabei ergebenden organisatorischen Fragen sollte innerhalb eines engmaschigen Rechtsrahmens den Selbstverwaltungspartnern übertragen werden. Die Kosten des Schlichtungsverfahrens sollten von der unterlegenen Partei getragen werden. Der Bundesrechnungshof verspricht sich von einer solchen Kostentragungspflicht Anreize für ein ordnungsgemäßes Abrechnen durch die Krankenhäuser und für ein verhältnismäßiges Anfechtungsverhalten der Krankenkassen. Die unter Tz. 7.3 dargestellte Aufwandsabgeltung auf Gegenseitigkeit – für Krankenkassen *und* Krankenhäuser – würde in einem solchen Modell konsequent weiterentwickelt. Gestärkt würde die Anreizfunktion noch, wenn auch die Abrechnungsprüfung des Medizinischen Dienstes in das Schlichtungsverfahren eingebettet und von diesem ausgelöst würde. In diesem Fall wären auch die Kosten der MDK-Begutachtung künftig von der im Schlichtungsverfahren unterlegenen Partei zu tragen. Die bisherige 300 Euro-Aufwandspauschale zulasten der Krankenkassen könnte entfallen bzw. würde in der neuen Kostentragungspflicht aufgehen. Dem gegenseitigen „Wettrüsten“ von Krankenkassen und Krankenhäusern würden dadurch nach Überzeugung des Bundesrechnungshofes Grenzen gesetzt.

Von einem Ausbau des Schlichtungsverfahrens erwartet der Bundesrechnungshof im Übrigen eine deutliche Stärkung des Vorverfahrens. Dieses stellt gegenüber dem anschließenden kostenpflichtigen Schlichtungsverfahren eine vergleichsweise kostengünstige Streitbeilegung dar, deren Möglichkeiten es auszuschöpfen gilt.

Alle Akteure (Krankenkassen und Krankenhäuser einschließlich deren Verbände sowie der Medizinische Dienst) sollten im Übrigen berechtigt sein, den Schlichtungsausschuss Bund anzurufen. Seine Stellung sollte aufgewertet werden, nachdem klärungsbedürftige relevante Abrechnungssachverhalte über Jahre strategisch zurückgehalten wurden. Flankierend sollte darüber nachgedacht werden, das Zugangsmerkmal der „grundsätzlichen Bedeutung“ gesetzlich zu definieren, z. B. in Hinblick auf die finanzielle Bedeutung oder die Häufigkeit gleichgelagerter Fälle. Dem Schlichtungsausschuss Bund war vom Gesetzgeber die Rolle zugedacht worden, durch eine allgemeinverbindliche Klärung von streitbehafteten grundsätzlichen Kodier- und Abrechnungsfragen Auslegungs- und Interpretationsspielräume im DRG-System zu beschränken. An diesem Ziel ist aus Sicht des Bundesrechnungshofes festzuhalten. Die verbindliche Klärung grundsätzlicher Abrechnungsfragen trägt dazu bei, künftige Abrechnungsprüfungen zu vermeiden und die Zahl der Konflikte auf Dauer zu reduzieren.

7.5 Prüfung von Strukturmerkmalen rechtsverbindlich etablieren

Strukturprüfungen verfolgen das Ziel, Prüfressourcen effizient einzusetzen. Sie entlasten Krankenkassen, Medizinischen Dienst, Sozialgerichte und Krankenhäuser. Dies haben auch der GKV-Spitzenverband und die DKG bestätigt. Der Bundesrechnungshof empfiehlt deshalb weiterhin, die Strukturprüfung als neues eigenständiges Prüfungsformat gesetzlich zu regeln.

7.6 Format der Abrechnungsprüfung weiterentwickeln

Der Bundesrechnungshof hält an seiner Empfehlung fest, die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Prüfung von Krankenhausabrechnungen und deren Format weiterzuentwickeln. Das jetzige Modell der Einzelfallprüfung sollte durch ein neues Prüfungsmodell abgelöst werden, falls die zuvor beschriebenen Vorschläge (Tzn. 7.1 bis 7.5) nicht die gewünschte deeskalierende Wirkung zeigen und falls es misslingt, den Aufwand der Krankenhausabrech-

nungsprüfung innerhalb des geltenden Prüfsystems auf ein beherrschbares Maß zu beschränken. Der Bundesrechnungshof schlägt verschiedene Prüfungstypen vor, die es erfordern würden, die Prüfung von Krankenhausabrechnungen der Gestaltungsbefugnis der Krankenkassen zu entziehen und ein bundesweit einheitliches Prüfverfahren anstelle der Einzelfallprüfung einzuführen. Sie sollten modellhaft entwickelt werden, um dem Gesetzgeber Möglichkeiten für eine Abkehr von der Einzelfallprüfung aufzuzeigen und als Entscheidungsgrundlage bereitzustellen. Der Bundesrechnungshof hält insoweit an seinen in Anlage 9 beschriebenen Vorschlägen für eine neu ausgerichtete Abrechnungsprüfung aus einer Hand fest.

Bei einem einheitlichen Prüfregelwerk kämen Erfahrungen aus Prüfungen und Erkenntnisse zu bestimmten Fallgestaltungen – anders als heute – allen Krankenkassen gleichermaßen zugute. Ein dysfunktionales Nebeneinander verschiedener in der Fläche nicht gleichermaßen erfolgreicher Prüfregelwerke mit unterschiedlicher Treffgenauigkeit würde beseitigt.

Die dagegen vorgetragenen Argumente des GKV-Spitzenverbandes überzeugen nicht. Der Bundesrechnungshof räumt ein, dass die Trefferquote der Krankenkassen zwar eine gestiegene Wirksamkeit der Abrechnungsprüfung erkennen lässt. Dennoch ist der durch die Prüfung verursachte Aufwand aller Beteiligten in den vergangenen Jahren immens gestiegen. Die vorgefundene Spreizung im Umfang und im Erfolg der Abrechnungsprüfung deuten nach wie vor auf ungenutzte Potentiale bei der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausabrechnungsprüfung hin. Die rechtswidrigen und im Rahmen einer separaten Bemerkung weiterverfolgten Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Rechnungskürzungen (vgl. Tz. 1.1) relativieren die vom GKV-Spitzenverband reklamierte „zunehmende Professionalisierung“ der Krankenkassen und stellen Exzesse einer im System gestörten Abrechnungspraxis dar.

Der Einwand drohender Lerneffekte und Umgehungsstrategien bei nur einem Prüfregelwerk greift im Ergebnis nicht. Schon heute rechnen Krankenhäuser die Mehrzahl ihrer Krankenhausbehandlungen jeweils gegenüber der Krankenkasse mit dem regional höchsten Marktanteil ab. Lerneffekte und Umgehungsstrategien sind damit auch im derzeitigen Prüfungsformat möglich. Ihnen sollte durch kontinuierliche, unterjährige Anpassungen eines (einheitlichen) Prüfregelwerkes im Sinne eines lernenden Systems begegnet werden.

Der Bundesrechnungshof begrüßt, dass sich der GKV-Spitzenverband mit der vorgeschlagenen Einführung eines bundesweiten Abrechnungsscores der Krankenhäuser an der Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung beteiligt. Er befürwortet Lösungen, die den Anreiz für ein korrektes Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser stärken. Methodisch kann der Bundesrechnungshof den Vorschlag nicht abschließend bewerten, weil das vorgeschlagene Verfahren nur skizziert wird. Inhaltlich wendet er ein, dass hierbei offensichtlich ein weiteres Prüfformat neben die Einzelfallprüfung treten soll. Eine Reduzierung des Aufwands würde sich daraus nicht ergeben. Der Vorschlag sollte deshalb nach Auffassung des Bundesrechnungshofes nur in Betracht gezogen werden, sofern die Vorschläge zur Verbesserung des gegenwärtigen Verfahrens die gewünschte deeskalierende Wirkung zeigen.

Der Bundesrechnungshof erwartet, dass ein neues Prüfverfahren die Wirksamkeit des Prüfsystems insgesamt stärkt. Im Falle einer Abkehr vom Modell der Einzelfallprüfung sollte ein neues Prüfverfahren deshalb zunächst erprobt und dessen Praktikabilität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Diese Perspektive dürfte im Übrigen auch den Umsetzungsdruck hinsichtlich der systemimmanenten Vorschläge (Tzn. 7.1 bis 7.5) stärken.

Der Bundesrechnungshof empfiehlt, in eine Erprobung neben den vorgeschlagenen ggf. weitere Prüfungsmodelle einzubeziehen. Die Selbstverwaltungspartner sollten die Erprobung der Modellvorhaben hinsichtlich ihres Aufbaus, Ablaufs und Zeitrahmens so strukturieren, dass am Ende verlässliche Daten vorliegen, die einen Vergleich zwischen den jeweiligen Prüfungsmodellen erlauben. Die Ergebnisse der Erprobung sollten dem Gesetzgeber ermöglichen, zu bestimmen, welchem Prüfungsmodell hinsichtlich Praktikabilität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Vorzug zu geben ist. Das BMG sollte die Erprobung begleiten und die Zielerreichung einschließlich etwaiger Meilensteine überwachen. Die dafür notwendigen gesetzlichen Änderungen sollte es anstoßen.

**Anlagen zum Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den
Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses
des Deutschen Bundestages
über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die
Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Anlage 1: Fallbeispiel einer Krankenhausabrechnung

Folgende Krankenhausabrechnung hat der Bundesrechnungshof bei einer der geprüften Krankenkassen vorgefunden. Anlass dieser Prüfung war allein die korrekte Kodierung. Es handelte sich um eine Abrechnung mittlerer Komplexität. Weitere Aspekte, wie Fehlbelegung, Komplexbehandlungen oder die Anerkennung von Beatmungsstunden, hatte der Medizinische Dienst nicht zu prüfen. Um die erbrachte Krankenhausleistung zu dokumentieren und abzurechnen, hatte das Krankenhaus neben der Hauptdiagnose weitere 13 Nebendiagnosen und vier Prozeduren kodiert. Sämtliche Rechnungstatbestände waren vom Krankenhaus in den Patientenunterlagen zu dokumentieren und vom Medizinischen Dienst zu prüfen:

Der an Prostatakrebs erkrankte Patient (74 Jahre) wurde wegen einer Erkrankung des Dickdarms als Notfall stationär im Krankenhaus aufgenommen. Am Folgetag wurde in einer Operation der Dickdarm teilweise entfernt. Der Patient verblieb insgesamt zwölf Tage im Krankenhaus.

Etwa drei Wochen nach der Entlassung des Patienten rechnete das Krankenhaus den Behandlungsfall gegenüber der zuständigen Krankenkasse ab. Die Krankenkasse stellte hinsichtlich der Plausibilität der Hauptdiagnose und der abgerechneten DRG Auffälligkeiten fest. Sie zeigte deshalb gegenüber dem Krankenhaus eine Prüfung gemäß § 275 Absatz 1c SGB V an und beauftragte den Medizinischen Dienst mit der Einzelfallprüfung.

Der Patient war mehrfach erkrankt (multimorbid). Die Begutachtung des Medizinischen Dienstes drehte sich im Kern um die Frage, welche der vorliegenden kodierten Diagnosen als Hauptdiagnose zu werten war. Die folgende Tabelle stellt die Abrechnung des Krankenhauses und das Begutachtungsergebnis des Medizinischen Dienstes im Einzelnen gegenüber:

Prüfung der Kodierung

Hauptdiagnose				
Krankenhaus		Prüfung	MDK	
Bösartige Neubildung der Prostata	C61	X	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung

Nebendiagnosen				
Krankenhaus		Prüfung	MDK	
Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I10.00			Nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung.
Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese	Z92.6			Nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung.
Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	C79.5	X		
Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	K57.22	X		Keine i. S. der Kodierrichtlinien relevante Diagnose.
Vorhofflimmern, persistierend	I48.1			Nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung.
Hypokaliämie	E87.6	X		
Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	E44.0	X		
Arzneimittelinduzierte Aggranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet	D70.19	X		
Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 100 Punkte	U50.00			Nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung.
Versorgung eines Kolostomas	Z43.3			Nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung.
Vorhandensein eines Kolostomas	Z93.3			Nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung.
Escherichia coli und andere Enterobakteriaceen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	B96.2!			Nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung.
Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikation	R65.2!	X		
Krankenhausseitig nicht kodiert		X	C61	Bösartige Neubildung der Prostata

OPS (Prozeduren)				
Krankenhaus		Prüfung	MDK	
Komplexe Akutschmerzbehandlung am 21.11.2016	8-919			Nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung.
Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel am 21.11.2016	3-225			Nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung.
Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss am 21.11.2016	5-455.72	X		
Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage am 21.11.2016	5-549.5			Nicht abrechnungsrelevant, keine Prüfung.

Beurteilung des Medizinischen Dienstes

Der Medizinische Dienst kam zu dem Ergebnis, dass die vom Krankenhaus angegebene Hauptdiagnose **C 61** nicht korrekt war. Die richtige Hauptdiagnose war nach den vorliegenden Unterlagen **K 57.22**, welche das Krankenhaus in seiner Abrechnung als Nebendiagnose kodiert hatte. Die übrigen vom Krankenhaus angegebenen relevanten Nebendiagnosen und Prozeduren wurden gutachtlich bestätigt.

Die richtige DRG war **G18B**.

Leistungsentscheidung der Krankenkasse

Aufgrund des Ergebnisses der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst traf die Krankenkasse ihre Leistungsentscheidung. Es ergab sich eine Minderung des ursprünglichen Rechnungsbetrages um **6 520 Euro**:

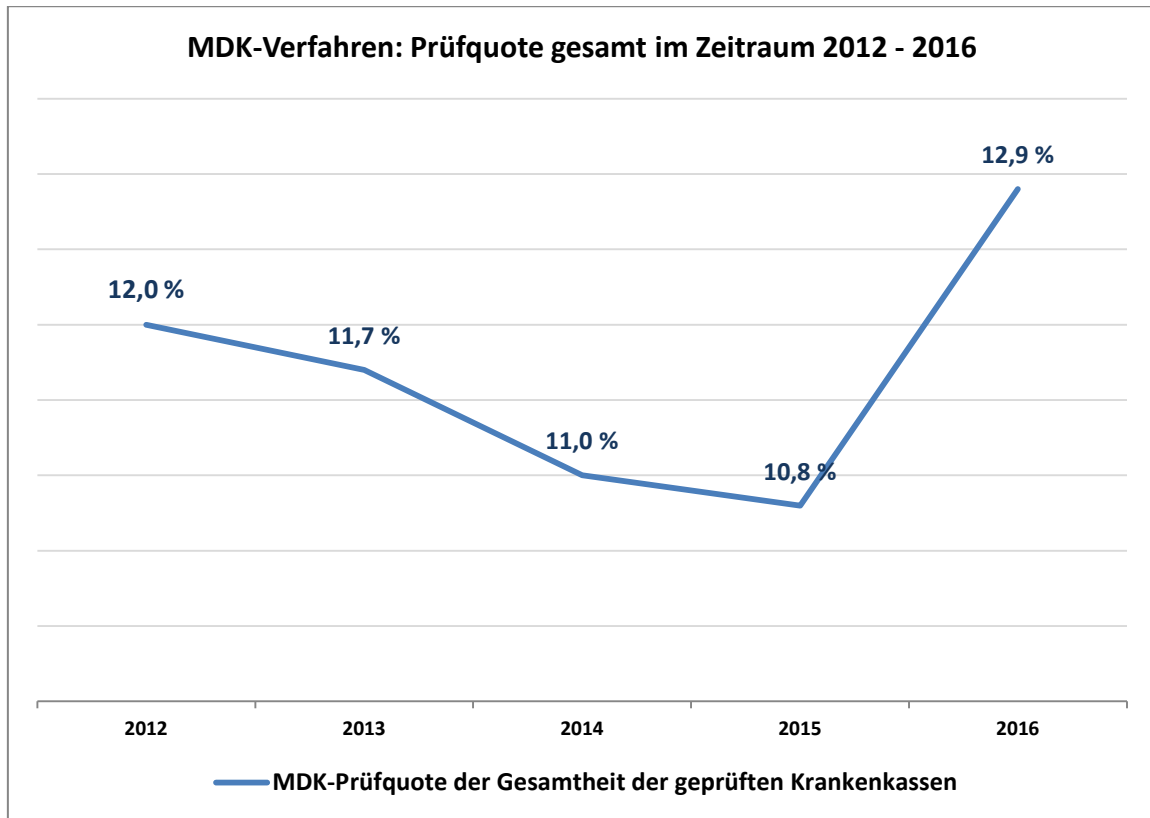
Grouping-Ergebnisse				
Krankenhaus			MDK	
Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC.	M37Z	DRG	G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äußerst schweren CC, mit sehr komplexen Eingriff oder anderer Eingriff mit äußerst schweren CC, ohne IntK >-/ 368/- Punkte.
Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane.	12	MDC	06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane.
J5	5	PCCL	5	J5
normal gruppiert	0	Status	0	normal gruppiert
Normalliegender		Pat.		Normalliegender
Tage	12	VWD ⁶³	12	Tage
Tage	19,9	Mittlere ⁶⁴ VWD	12,6	Tage
	6	1. Tag Abschlag	3	
	37	1. Tag Zuschlag	25	
Basisbetrag: 15.309,15	4,67	Rel.- Gewicht	2,681	Basisbetrag: 8.788,83
inkl. Zu-und Abschläge	4,67	Eff.- Gewicht	2,681	inkl. Zu-und Abschläge
15.309,15 Euro		Basis- Entgelt	8.788,83 Euro	

⁶³ Verweildauer im Krankenhaus.

⁶⁴ Mittlere Verweildauer für die jeweilige DRG.

Anlage 2: Prüfquote im MDK-Verfahren

Übersicht 5 – Prüfquote im MDK-Verfahren⁶⁵ in den Jahren 2012 bis 2016

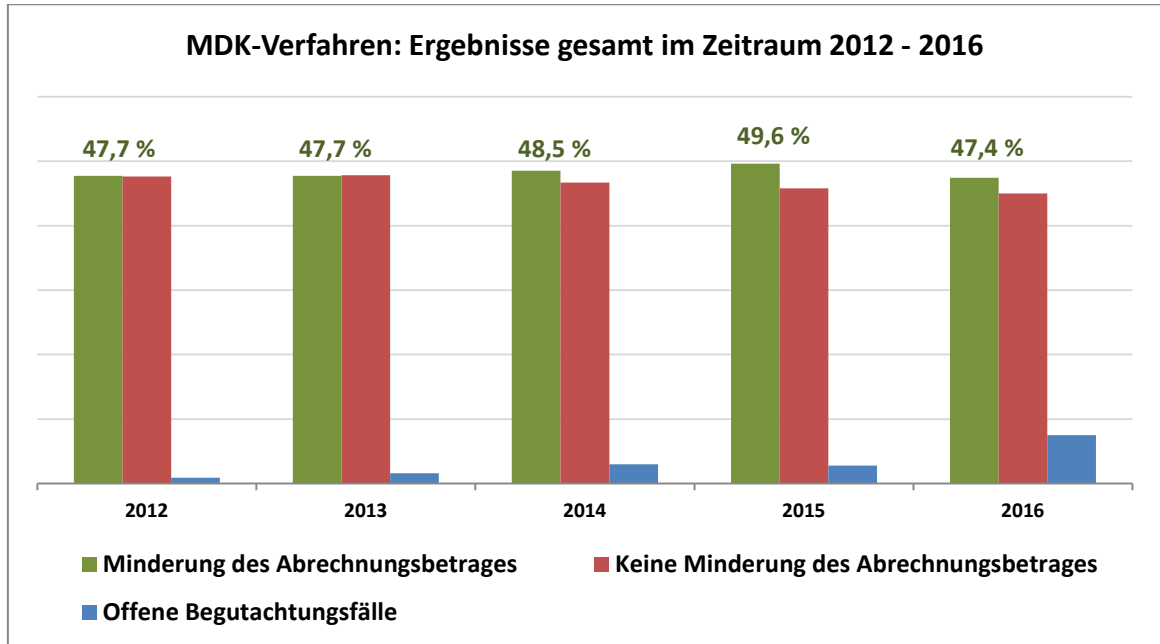


Quelle: Erhebungsdaten Bundesrechnungshof

⁶⁵ Anteil der Krankenhausabrechnungen, bei denen der MDK mit einer Einzelfallprüfung beauftragt wurde.

Anlage 3: Ergebnisse im MDK-Verfahren

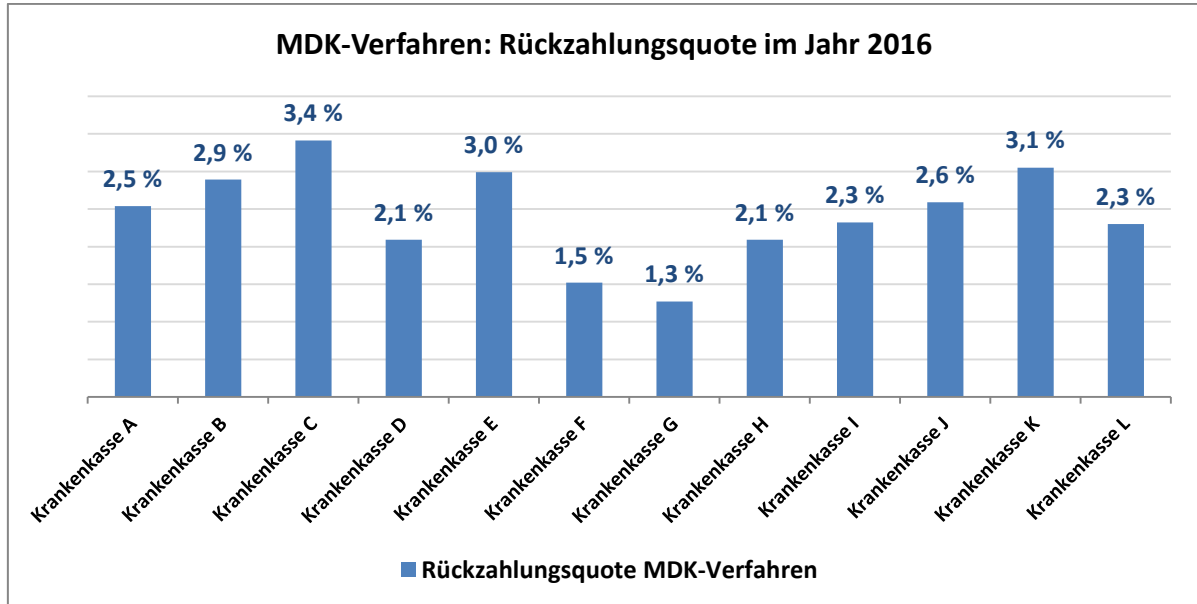
Übersicht 6 – Ergebnisse im MDK-Verfahren in den Jahren 2012 bis 2016



Quelle: Erhebungsdaten Bundesrechnungshof

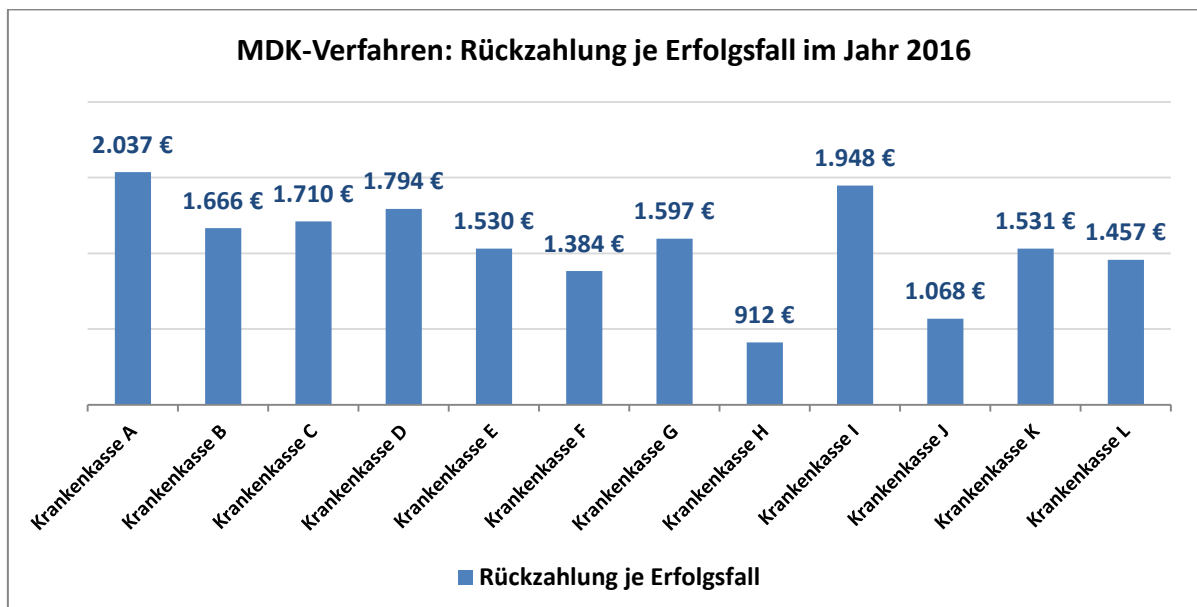
Anlage 4: Vergleich der Krankenkassen

Übersicht 7 – Rückzahlungsquote⁶⁶ nach MDK-Verfahren bezogen auf die jeweiligen Krankenkassen



Quelle: Erhebungsdaten Bundesrechnungshof

Übersicht 8 – Rückzahlung je Erfolgsfall nach MDK-Verfahren⁶⁷ bezogen auf die jeweiligen Krankenkassen im Jahr 2016



Quelle: Erhebungsdaten Bundesrechnungshof

⁶⁶ Rückzahlungsquote = Anteil an den Leistungsausgaben für stationäre Krankenhausbehandlung, der infolge des MDK-Verfahrens tatsächlich zurückgezahlt wurde.

⁶⁷ Mittlere Rückzahlung je Fall, der nach dem MDK-Verfahren korrigiert wurde.

Übersicht 9 – Rückzahlungen im Vergleich zweier Krankenkassen

Beispieljahr 2016	Krankenkasse H	Krankenkasse D
Fallzahl Krankenhaus	419 303	383 302
Rechnungssumme	1,6 Mrd. Euro	1,5 Mrd. Euro
Verwaltungskosten je Fall	15,41 Euro	13,17 Euro
MDK-Verfahren	77 658	34 259
MDK-Prüfquote	18,5 %	8,9 %
Rückzahlungen (MDK)	33,8 Mio. Euro	30,4 Mio. Euro
Rückzahlungsquote (MDK)	2,1 %	2,1 %
Anteil Rechnungsminderung	47,8 %	49,4 %
Rückzahlung je Erfolgsfall	912 Euro	1 794 Euro

Quelle: Erhebungsdaten Bundesrechnungshof

Anlage 5: Wirtschaftlichkeit der Abrechnungsprüfung

Folgende Beispielsrechnung auf der Grundlage der Daten des Jahres 2016 für das gesamte GKV-System zeigt den Aufwand und Nutzen bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen anhand von Einzelfallprüfungen (Vorverfahren und MDK-Verfahren):

Strukturdaten	
- 19,5 Mio. vollstationäre Krankenhausfälle⁶⁸ - 73 Mrd. Euro Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für stationäre Krankenhausbehandlungen⁶⁹ - 2 Mio. Gutachten des MDK zu den Krankenhausabrechnungen⁷⁰	
Nutzen	
1. Rückzahlungen für überhöhte Abrechnungen, (ca. 3 % der Leistungsausgaben) ⁷¹ 2. sog. Polizeieffekt ⁷²	1. 2,2 Mrd. Euro (geschätzt) 2. nicht zu beziffern
Aufwand	
1. Verwaltungsausgaben der Krankenkassen (durchschnittlich 17 Euro je Krankenhausabrechnung ⁷³ : 17 Euro x 19,5 Mio. Krankenhausfälle) 2. Begutachtung durch den MDK (2 Gutachten je Stunde, 150 Euro je Gutachterstunde ⁷⁴ : 75 Euro je Gutachten x 2 Mio. Gutachten) 3. 300 Euro-Aufwandspauschale für MDK-Prüfungen ohne Minderung des Abrechnungsbetrages (50 % der Gutachten zugunsten des Krankenhauses ⁷⁵ , 1 Mio. Fälle x 300 Euro)	1. 331,5 Mio. Euro 2. 150,0 Mio. Euro 3. 300,0 Mio. Euro (Gesamt: 781,5 Mio. Euro)
Ergebnis	
Nutzen (Rückzahlungen)	2,2 Mrd. Euro
./. Aufwand	./. 0,8 Mrd. Euro
= Ergebnis	= 1,4 Mrd. Euro

⁶⁸ DESTATIS, Grunddaten der Krankenhäuser 2016.

⁶⁹ BMG, Amtliche Statistik KJ 1 2016.

⁷⁰ MDK Berichtswesen 2016.

⁷¹ Die geprüften Krankenkassen erzielten eine Rückzahlungsquote von durchschnittlich 3 % der Leistungsausgaben für stationäre Krankenhausbehandlung (Vorverfahren und MDK-Verfahren). Legt man diesen Wert für die gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für stationäre Krankenhausbehandlungen zugrunde, sind für das Gesamtsystem Rückzahlungen in Höhe von 2,2 Mrd. Euro zu erwarten.

⁷² Als „Polizeieffekt“ wird die durch Kontrollmechanismen und Sanktionen erzielte Wirkung im Hinblick auf die Einhaltung der Abrechnungsregeln bezeichnet.

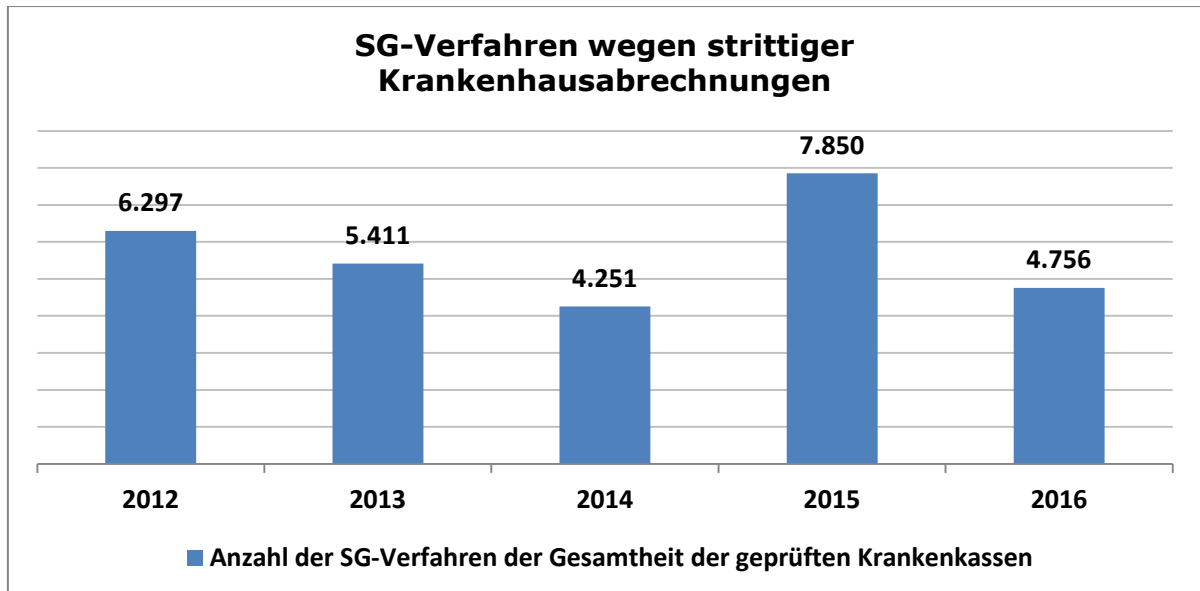
⁷³ Erhebungsdaten Bundesrechnungshof.

⁷⁴ Kosten je Gutachterstunde in der MDK-Gemeinschaft nach Vollkostenrechnung.

⁷⁵ Erhebungsdaten Bundesrechnungshof.

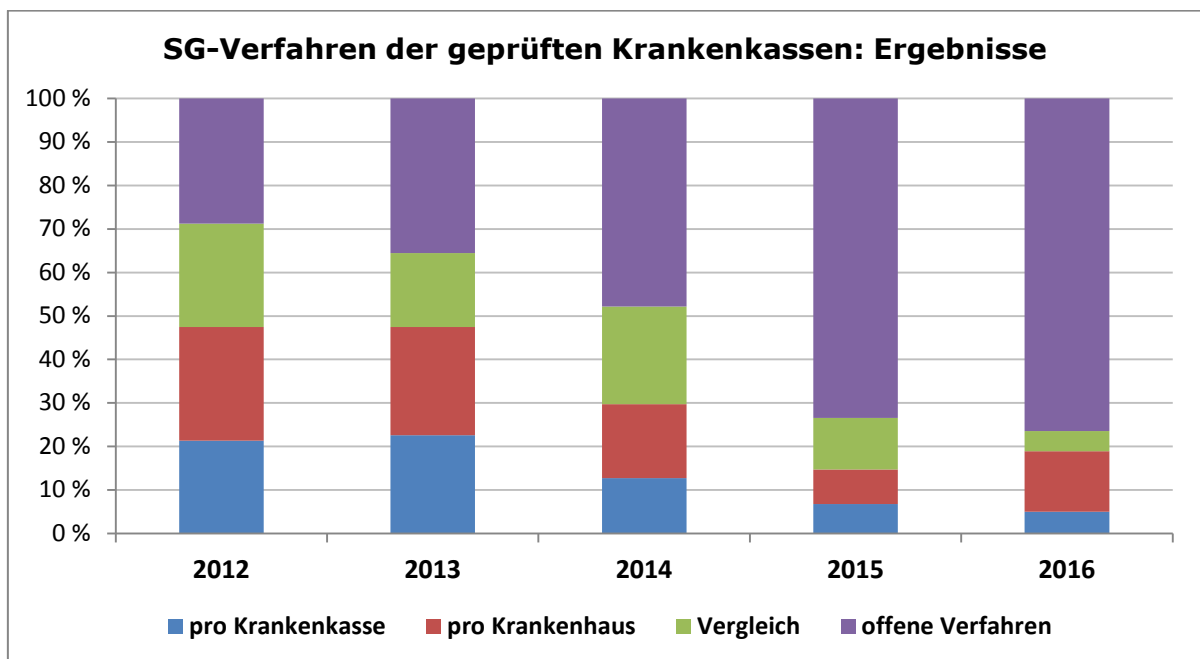
Anlage 6: Sozialgerichtliche Verfahren

Übersicht 10 – Verfahren der geprüften Krankenkassen vor Sozialgerichten wegen strittiger Krankenhausabrechnungen in den Jahren 2012 bis 2016



Quelle: Erhebungsdaten Bundesrechnungshof

Übersicht 11 – Ergebnisse von sozialgerichtlichen Verfahren der geprüften Krankenkassen in den Jahren 2012 bis 2016



Quelle: Erhebungsdaten Bundesrechnungshof

Anlage 7: Tausch von Haupt- und Nebendiagnose

Folgendes Beispiel zeigt die Auswirkungen bei einem Tausch von Haupt- und Nebendiagnose:

Ein Patient mit Herzrhythmusstörungen und zerebrovaskulärer Begleiterkrankung wird zur Erstimplantation eines Herzschrittmachers im Krankenhaus stationär aufgenommen. Es ergeben sich folgende Rechnungsbeträge:⁷⁶

Übersicht 12 – Beispiel für den Tausch von Haupt- und Nebendiagnose in einer Krankenhausabrechnung

Diagnosen		
ICD-Kode	I 48.2 – Chronisches Vorhofflimmern	
ICD-Kode	I 65.2 – Stenose der Arteria carotis	
Therapie		
OPS-Kode:	5-377.1 – Implantation eines Herzschrittmachers	
	Rechnung 1	Rechnung 2
Hauptdiagnose	I 65.2	I 48.2
Nebendiagnose	I 48.2	I 65.2
OPS-Kode	5-377.1	5-377.1
DRG ⁷⁷	B 12 Z (BWR 2,893)	F 12 I (BWR 1,475)
Basisentgelt:	9.694 Euro ⁷⁸	4.943 Euro ⁷⁹
Differenz:	4.751 Euro	

Quelle: Darstellung Bundesrechnungshof

⁷⁶ Kalkulation mit einem Webgrouper.

⁷⁷ Jeder DRG ist ein Relativgewicht zugeordnet (Bewertungsrelation – BWR). Das Relativgewicht legt fest, um wie viel teurer bzw. billiger ein Fall im Vergleich zu einem Standardfall mit dem Relativgewicht von 1,0 ist. Die DRG-Bewertungsrelationen werden durch das InEK kalkuliert. In die Berechnung fließen die durchschnittlichen Behandlungskosten der Kalkulationskrankenhäuser ein.

⁷⁸ Basisentgelt für das Land Berlin (2017): 3 350,91 Euro Landesbasisfallwert x 2,893 DRG-Bewertungsrelation = 9 694,18 Euro.

⁷⁹ Basisentgelt für das Land Berlin (2017): 3 350,91 Euro Landesbasisfallwert x 1,475 DRG-Bewertungsrelation = 4 942,59 Euro.

Anlage 8: Auslegung von Strukturmerkmalen im OPS

Folgendes Beispiel verdeutlicht das besondere Konfliktpotential bei der Auslegung von Strukturmerkmalen im OPS:

Übersicht 13 – Beispiel für die Auslegung von Strukturmerkmalen im OPS

OPS-Code 9-98f „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“

Strukturmerkmal: Bestimmte Verfahren – etwa eine radiologische Diagnostik mittels CT und MRT – sind 24-stündig „im eigenen Klinikum“ verfügbar.

Konflikt: Bedeutet „im eigenen Klinikum“, dass die strukturellen Voraussetzungen an allen Standorten zu erfüllen sind, etwa bei dezentral organisierten Kliniken? Können die Voraussetzungen durch einen Kooperationspartner mit anderem Standort erfüllt werden oder muss dieser unter dem Dach der Klinik tätig sein?

OPS-Code 9-98f „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“

Strukturmerkmal: In der bis zum Jahr 2017 gültigen Fassung des OPS-Codes wurde die innerhalb von 30 Minuten verfügbare Leistung einer „Blutbank“ vorausgesetzt.

Konflikt: Hat ein Krankenhaus dafür eine Abteilung für Transfusionsmedizin (mit Spenderbereich, eigener Blutgruppenbestimmung und Blutprodukteherstellung) einschließlich 24 Stunden/7 Tage-Bereitschaftsdienst eines Facharztes für Transfusionsmedizin vorzuhalten oder genügt ein Kühlschrank mit Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten? Das Sozialgericht Ulm urteilte, dass der Begriff „Blutbank“ weder medizinisch-wissenschaftlich noch kodierrechtlich verlässlich definiert ist.⁸⁰

Strukturmerkmal: Für das Jahr 2018 verlangt der OPS 9-98 bestimmte Stundenpräsenzen von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“. Darüber hinaus ist die Anwesenheit eines Intensivmediziners am Patienten binnen 30 Minuten zu gewährleisten (24 Stunden/7 Tage).

Konflikt: Es werden unterschiedliche Auslegungen vertreten, ob es sich dabei um eine Rufbereitschaft⁸¹ oder einen Bereitschaftsdienst⁸² handelt. Auch zur Kombination mit anderen Rufbereitschaften bestehen unterschiedliche Auffassungen.

⁸⁰ SG Ulm, Urteil vom 5. April 2018, Az.: S 13 KR 1185/17.

⁸¹ Definition: Der Arzt muss ständig für den Arbeitgeber erreichbar sein, um auf Abruf die Arbeit aufnehmen zu können. Dazu muss er nicht persönlich im Krankenhaus anwesend sein.

⁸² Definition: Der Arzt muss sich außerhalb der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit im Krankenhaus oder dessen unmittelbarer Nähe aufhalten, um im Bedarfsfall die Arbeit aufzunehmen.

Anlage 9: Eckpunkte eines neuen Prüfungsmodells

Aus Sicht des Bundesrechnungshofes kommen drei Varianten als neues Prüfungsmodell in Betracht, die z. B. vom Medizinischen Dienst flächendeckend durchgeführt werden könnten:

1. Gemeinsame Auffälligkeitsprüfung

- Aus der Gesamtheit der Krankenhausabrechnungen aller Krankenkassen identifiziert der Medizinische Dienst zunächst auffällige Abrechnungen. Er nutzt dafür ein einheitliches maschinelles Prüfregelwerk des Medizinischen Dienstes. Erfahrungen aus Prüfungen und Erkenntnisse zu bestimmten Fallgestaltungen kommen damit allen Krankenkassen gleichermaßen zugute. Ein dysfunktionales Nebeneinander verschiedener in der Fläche nicht gleichermaßen erfolgreicher Prüfregelwerke mit unterschiedlicher Treffgenauigkeit wird beseitigt. Der Medizinische Dienst entwickelt sein Prüfregelwerk im Sinne eines lernenden Systems stetig fort, um Umgehungsstrategien von häufig oder gezielt fehlerhaft abrechnenden Krankenhäusern zu vermeiden.
- Der Medizinische Dienst entscheidet mittels Fallauswahl, welche der als auffällig identifizierten Abrechnungen weiterverfolgt werden. Dabei bewertet er bezogen auf die jeweilige Abrechnung das reale Prüfungspotential unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Er stellt zudem sicher, dass Pflichtprüfungsfälle in die Auswahl einbezogen werden.
- Der Medizinische Dienst prüft und begutachtet die ausgewählten Abrechnungen. Der Bundesrechnungshof geht davon aus, dass sich die Zahl der Begutachtungen in diesem Prüfungsmodell zunächst erhöhen würde, da die bislang vorliegenden Unterschiede zwischen den Krankenkassen ausgeglichen würden. Der durch den Medizinischen Dienst überprüfte Anteil der Abrechnungen (sog. Prüfquote) lag bei den geprüften Krankenkassen zwischen 7,4 und 18,5 %. Würde für die zu erwartende Prüfungsquote der Höchstwert als Maßstab herangezogen, stiege die Zahl der Begutachtungen von 2,6 auf 3,7 Millionen jährlich. Der Medizinische Dienst benötigt dafür zusätzliche personelle Kapazitäten, die bereitzustellen wären.

- Führt die Prüfung des Medizinischen Dienstes zu einer Korrektur und Minderung des Abrechnungsbetrages, wird eine „Aufwandsabgeltung“ ausgelöst (vgl. dazu vertiefend Tz. 7.3). Eine derartige Sanktion schafft Anreize für korrektes Abrechnungsverhalten und kann dazu beitragen, die Zahl fehlerhafter Abrechnungen und daran anknüpfend die Zahl der Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst zu reduzieren.
- Etwaige Rückforderungen/Nachzahlungen werden gegenüber/von der jeweils zuständigen Krankenkasse ausgeglichen. Die Krankenkassen machen die „Aufwandsabgeltung“ gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus unmittelbar geltend.

2. Gemeinsame Stichprobenprüfung

- Aus der Gesamtheit der Krankenhausabrechnungen aller Krankenkassen zieht der Medizinische Dienst zunächst verdachtsunabhängig repräsentative Stichproben bezogen auf einzelne Krankenhäuser.
- Der Medizinische Dienst prüft und begutachtet die in der Stichprobe enthaltenen Abrechnungen.
- Das Prüfungsergebnis aus der repräsentativen Stichprobe wird bezogen auf das jeweilige Krankenhaus auf dessen gesamte Abrechnungen hochgerechnet.
- Etwaige Rückforderungen/Nachzahlungen werden gegenüber/von der jeweils zuständigen Krankenkasse ausgeglichen. Die Krankenkassen machen die Forderung gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus geltend. Um für das Krankenhaus wirtschaftliche Risiken aus der Hochrechnung zu minimieren, wäre denkbar, einen monetären Ausgleich mit dem Krankenhausbudget des Folgejahres vorzunehmen.

3. Turnusmäßige Regelprüfung

- Der Medizinische Dienst prüft in regelmäßigen gesetzlich vorgeschriebenen Abständen (z. B. regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr) alle zugelassenen Krankenhäuser.
- In einer Basisprüfung prüft der Medizinische Dienst zunächst eine bestimmte Zahl von Abrechnungen (z. B. 5 % der Abrechnungen des jeweiligen Krankenhauses). Für die Fallauswahl nutzt der Medizinische Dienst ein einheitliches maschinelles Prüfregelwerk, mit dem er auffällige Abrechnungen identifiziert. Der Medizinische Dienst entscheidet, welche der als auffällig identifizierten Abrechnungen weiterverfolgt werden. Dabei bewertet er bezogen auf die jeweilige Abrechnung das reale Prüfpotential unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Er stellt zudem sicher, dass Pflichtprüfungsfälle in die Auswahl einbezogen werden.
- Unterschreitet das Prüfungsergebnis der Basisprüfung einen zuvor (z. B. anhand von Bewertungsrelationen) festgelegten Grenzwert, verbleibt es bei der Basisprüfung.
- Überschreitet das Prüfungsergebnis den Grenzwert, wird die Basisprüfung zu einer Auffälligkeitsprüfung ausgeweitet. In diesem Fall überprüft der Medizinische Dienst alle Abrechnungen des Krankenhauses, die vom einheitlichen maschinellen Prüfregelwerk als auffällig identifiziert werden.
- Etwaige Rückforderungen/Nachzahlungen werden gegenüber/von der jeweils zuständigen Krankenkasse ausgeglichen. Für jede fehlerhafte Abrechnung wird eine „Aufwandsabgeltung“ ausgelöst (vgl. Tz. 7.3). Die Krankenkassen machen diese gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus geltend.
- Die Kombination aus Basis- und Auffälligkeitsprüfung bietet für Krankenhäuser einen zusätzlichen Anreiz für korrektes Abrechnungsverhalten. Krankenhäuser mit unauffälligem Abrechnungsverhalten, erhalten die Chance, ihre Prüfungslast – den Aufwand für Prüfungen des Medizinischen Dienstes – deutlich zu reduzieren.