

## **„Das Korrektiv nutzen: Was bringen die MDK- Abrechnungsprüfungen den Krankenkassen“**

---

im Rahmen des Workshops:

„Abrechnungsprüfungen des MDK im Krankenhaus:  
Bürokratische Last oder sinnvolles Korrektiv?“

*MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der  
Krankenkassen e. V.*

*MDK-Kongress 2012*

*am 27./28. März 2012*

*Berlin*

**Rede**

**Dr. Helmut Platzer**

**Vorsitzender des Vorstandes  
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse**

---

Es gilt das gesprochene Wort

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Thema MDK-Abrechnungsprüfungen ist seit Einführung der DRG-basierten Vergütung von Krankenhausleistungen geprägt von einer Kontroverse um die Regelkonformität der Krankenhausabrechnungen. Gerade in jüngster Vergangenheit wurde dieses Thema immer wieder auch öffentlich diskutiert und hat - nicht nur in der Fachwelt - hohe Wellen geschlagen. Es ist auf der einen Seite die Rede von Falschabrechnungen, auf der anderen Seite wird von einem Übermaß an Bürokratie und unnötigem Verwaltungsaufwand gesprochen, von Strafgebühren und Ressourcenverschwendung.

Jedoch bei aller Kritik an Bürokratie und Kontrolle wird oft übersehen, worin diese ihre Ursache haben. Denn nicht die Prüfungen sind das eigentliche Problem, sondern die hohe

Fehlerquote bei den Abrechnungen mit durchaus unterscheidlichen Ursachen. Diese gilt es künftig zu vermeiden.

Die Frage, mit der wir uns hier beschäftigen, lautet „Was bringen die MDK-Abrechnungsprüfungen den Krankenkassen?“. Viel richtiger müsste die Frage jedoch heißen: „Was bringen sie den Versicherten“ und viel mehr noch „Was bringen sie unserem Gesundheitssystem insgesamt?“.

Den Krankenkassen bringen sie zunächst hohen Aufwand, beträchtliches Konfliktpersonal und großen Erklärungsbedarf. Man darf in der Diskussion aber nicht vergessen, dass die Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen keinem Selbstzweck dienen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist in ihrem Handeln als öffentlich-rechtliche Körperschaft keinen Aktionären oder Anteilsinhabern verpflichtet, sie versucht nicht Gewinne zu steigerung oder Machtpositionen zu festigen, sondern vollzieht ausschließlich das Gesetz.

Die Kostenträger kommen mit der Abrechnungsprüfung ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach, die als besondere Ausformung des Gebots der Wirtschaftlichkeit zu verstehen ist.

Dessen Beachtung dient nicht zuletzt der vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung betonten Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung als wesentlichen Zweig der sozialen Sicherung unter grundgesetzlichem Schutz. § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V regelt hierzu, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein sollen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Es zählt also zu den unmittelbaren Pflichten der Krankenkassen, die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes durch die Krankenhäuser und damit auch deren Abrechnungen zu prüfen.

Die Prüfung der Krankenhausabrechnung basiert konkret auf § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Danach sind die Voraussetzungen, Art und Umfang der erbrachten und in Rechnung gestellten Leistung durch die Krankenkassen zu prüfen. Bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung ist eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

MDK-Prüfungen werden also nicht – wie vielleicht von dem einen oder anderen Leistungserbringer unterstellt – willkürlich von den Kostenträgern eingeleitet. Vielmehr muss eine konkrete Auffälligkeit in der ordnungsgemäßen Abrechnung vorliegen. Dies nehmen die Kassen schon mit Blick auf die begrenzten Ressourcen der MDK's sehr ernst.

Als fehlerhaft sind Rechnungen nicht nur dann einzustufen, wenn diese auf eine falsche Kodierung zurückgehen – ein

weitverbreiteter Irrtum. Auch die Fragestellung, ob die Voraussetzungen zur vollstationären Leistungserbringung durch das Krankenhaus überhaupt vorgelegen haben, ist laut Gesetz ein mindestens gleichberechtigter Prüfgegenstand. Gleiches gilt für Art und Umfang der Leistung in einem Umfeld, das nach wie vor von einem Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung geprägt wird.

Die Beispiele für Falschabrechnungen im Krankenhausbereich sind vielfältig: Begonnen mit der Kodierung von falschen Nebendiagnosen, der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder falscher Medikamente bis hin zur Kodierung von nicht erbrachten Leistungen, um nur einige zu nennen. Eine Abrechnung ist beispielsweise auch dann als überhöht anzusehen, wenn eine Operation hätte ambulant erbracht werden können oder wenn der Krankenhausaufenthalt länger als nötig war. Auch was das angeht,

was im Strafrecht als subjektiver Tatbestand genannt wird, finden sich alle Spielarten, von betrügerischer Absicht bis zur schlichten Schlamperei.

Wie stellen sich nun die Prüfergebnisse dar?

Nach Angaben des MDS wurden in den vergangenen Jahren rund 12 % aller Krankenhausrechnungen einer Prüfung durch den MDK unterzogen. Davon waren im Schnitt annähernd die Hälfte zugunsten der Krankenkassen zu korrigieren. Einzelne Krankenkassen übertrafen durch zielgerichtete Prüfungen diesen Wert sogar noch und konnten somit mehr als jede zweite Rechnung als korrekturbedürftig identifizieren. Der GKV-Spitzenverband rechnete den möglichen Gesamtschaden, der durch unberechtigte oder zu hohe Krankenhausabrechnungen entstanden wäre, im Jahre 2010 auf 1,5 Mrd. EUR hoch. Anzumerken ist an

dieser Stelle, dass der Betrag durch die „schadensbegrenzende“ Abrechnungsprüfung der Krankenkassen deutlich reduziert wird. Die AOK Bayern konnte beispielsweise ca. 110 Mio. EUR im Jahr 2010, mit seit Jahren steigender Tendenz, korrigieren. Auch der Bundesrechnungshof stellte 2011 fest, dass viele Krankenhausrechnungen fehlerhaft sind. Sein Zugang zum Thema sieht naturgemäß etwas anders aus, als der der Krankenkassen. Insbesondere das Fehlen von Anreizen für die korrekte Abrechnung der Krankenhäuser wurde dort bemängelt.

In Deutschland gibt es keine empirischen Untersuchungen darüber, ob unter welchen spezifischen Bedingungen, und in welchem Ausmaß es zu Fehlern, Unregelmäßigkeiten oder sonstigem Fehlverhalten in der Krankenhausabrechnung kommt. Allerdings ist seit DRG-Einführung in der amtlichen DRG-Abrechnungsstatistik ein verändertes Kodierverhalten,



speziell hin zu einer entgelterhöhenden Mitkodierung von Nebendiagnosen, Prozeduren und Komplikationen festzustellen. Bekannt sind auch Beispiele, bei denen das Abrechnungsverhalten ganz offensichtlich auf das Erreichen bestimmter, entgeltsteigernder Schwellenwerte (z. B. bei Beatmungsstunden oder Neugeborenen-Aufnahmegewichten) abzielt.

Die vorliegenden Auswertungen des MDK über tatsächlich erfolgte Prüfungen zeigen, dass in den letzten Jahren dauerhaft relativ große Teile der Abrechnungen als überhöht reklamiert wurden. Bemerkenswert ist dies auch vor dem Hintergrund, dass im Rahmen des Prüfverfahrens bereits eine starke Vorselektion stattfindet.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erwarten von einem Vertreter einer großen Kasse nicht nur eine theoretische Abhandlung der Problematik, lassen Sie mich also kurz die Praxis der Abrechnungsprüfungen beschreiben:

Neben der Möglichkeit einer anlassunabhängigen Prüfung größerer Abrechnungsmengen im Rahmen des § 17c KHG werden in der alltäglichen Praxis die gestellten Rechnungen in der Regel kontinuierlich abgearbeitet und im Einzelfall nach § 275 SGB V durch den MDK detailliert geprüft.

Erste Indizien für Unplausibilitäten in der Rechnungsstellung erfolgen aufgrund einer Software-gestützten Rechnungsprüfung. Oftmals können formale Fehler bereits in diesem Stadium bilateral im Gespräch zwischen Krankenkasse und

Krankenhaus behoben werden. Eine Überprüfung durch den MDK wird dementsprechend nur dann ausgelöst, wenn sich inhaltliche Bedenken an der medizinischen Plausibilität im Vorfeld nicht ausräumen lassen und weiterhin begründete Zweifel an der Richtigkeit der Rechnung bestehen.

Es ist anzunehmen, dass eine erhebliche Anzahl von Rechnungen, die von den Krankenkassen nicht beanstandet und auch nicht dem MDK vorgelegt wurden, mit hoher Wahrscheinlichkeit noch zusätzliche Fehler enthalten, das ist ein Preis der Vorfilterung.

In einem Gutachten von Prof. Kölbel zur „Prüfung der Abrechnung von Krankenhausleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung - Eine Bewertung aus kriminologischer Perspektive“ wurde festgestellt, dass von der Existenz „einer relativen Manipulationspraxis“ auszugehen ist. Bemerkt

wurde, dass u. a. die Abrechnungsfehler zu Gunsten der abrechnenden Kliniken auffällig häufiger waren als die Fehler zu deren Lasten. Ein Lerneffekt im Sinne einer zunehmenden Abrechnungskonformität, der angesichts der mehrjährigen Etablierung des DRG-Verfahrens zwischenzeitlich eintreten müsste, war in den Prüfdaten nicht zu erkennen. Vielmehr konnten nicht nur deutliche Unterschiede bei den Fehlerquoten verschiedener Krankenhäuser festgestellt, sondern darüber hinaus richtiggehend abrechnungsauffällige Kliniken ausgemacht werden. Allein dies spricht schon für die Sinnhaftigkeit und den Nutzen der Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

lassen Sie mich einen weiteren Aspekt für die Notwendigkeit der Überprüfung durch den MDK nennen. Das aktuell

praktizierte Abrechnungs- und Prüfsystem, das zwar keinen geringen, aber immer noch durchaus lückenhaften Kontrollmechanismus darstellt, wird von Prof. Kölbel in seinem Gutachten als „deliktsförderliche Tatgelegenheitsstruktur“ beschrieben. Er schreibt hierzu, dass damit „ein Handlungsrahmen gemeint [ist], der das Auftreten regelwidrigen Verhaltens durch seine spezifischen Bedingungen begünstigt.“ Konkret bedeutet dies, dass „die nachlässigkeitsbedingten und intentionalen Falschabrechnungen durch die eingeschränkte Wahrscheinlichkeit ihrer Entdeckung und vor allem durch ihre (nahezu garantierte) Nachteilslosigkeit gefördert werden“. Aus der Wissenschaftssprache übersetzt, heißt das: Ja, es wird ganz bewusst gemogelt, weil die Bedingungen dafür vortrefflich sind. Insbesondere ist genau das einschlägige Kontrollverfahren *per se* in seiner Wirksamkeit beschränkt.

Neben dem durch die Krankenkassen und dem MDK bereits erfolgreich beschrittenen Weg zur Erhöhung der Treffsicherheit in der Abrechnungsprüfung sollten jedoch auch die Steuerungsimpulse des Prüfsystems gesteigert werden, die die Kliniken dazu motivieren, interne Selbstüberprüfungs- und Selbstkontrollmechanismen zu implementieren. Wenn Falschabrechnungen einer Sanktion unterliegen, ist ein Anreiz zur Reduzierung fehlerhafter Abrechnungen gegeben.

Der Qualitätssicherungsaspekt soll neben dem Sanktionsaspekt ja gar nicht gering geschätzt werden. Das DRG-System ist in der Tat sehr komplex. Alle Beteiligten sind jedoch aufgefordert, sich mit der Komplexität des Systems konstruktiv auseinander zu setzen. Bisher ist die einzige Konsequenz einer Falschabrechnung, dass der zu Unrecht erlöste Betrag an die Kassen zurückgezahlt werden muss.

Aber dies natürlich nur dann, wenn die fehlerhafte Abrechnung als solche auch entdeckt, moniert und durch eine MDK-Abrechnungsprüfung nachgewiesen wird.

Natürlich erwarten Sie von mir auch eine Portionierung zum schmerzhaftesten Stachel im Kostenträgerfleisch. Nach den geltenden gesetzlichen Regelungen ist derzeit von den Krankenkassen eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 EUR für (vermeintlich) unberechtigte Prüfanfragen zu entrichten. Im Gegenzug dazu kann die Krankenkasse jedoch nicht für jede erfolgreiche Prüfung oder für einen besonders hohen Prüfungsaufwand eine Pauschale beanspruchen. Eine Gesetzesänderung, die auch die Krankenhäusern im Falle einer Gehaltsabrechnung sanktioniert, könnte hier den nötigen Anreiz schaffen, fehlerhafte Abrechnungen künftig zu vermeiden. Ein Mittel hierzu könnte zum Beispiel die symmetrische Ausgestaltung

der bislang einseitigen Aufwandspauschale sein. Konkret bedeutet dies, dass bei nachgewiesenen Abrechnungsmängeln auch das Krankenhaus eine Aufwandspauschale zahlen muss. Verschiedene Modelle sind denkbar. So könnte zum einen eine Pauschale im Sinne des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V in Höhe von 300 EUR zu Lasten der Krankenhäuser Anreize setzen, Falschabrechnungen gar nicht erst entstehen zu lassen. Zum anderen wäre aber auch eine Variante denkbar, wie sie im Bereich der Zollbestimmungen üblich ist, und die sich an der Höhe des fälschlicherweise abgerechneten Betrages orientiert: Je höher die Rechnungskorrektur ist, desto höher würde die zu bezahlende Aufwandspauschale sein. Eine Begründung zur Höhe gelänge aus dem Aufwand, der auf Kassenseite entsteht allemal.



Wenn ich dennoch skeptisch bin, dass eine derartige systematische Weiterentwicklung politische Chancen hat, dann vor allem deshalb, weil die Politik seit Jahren einem Dogma folgt, das mir schlechthin unhaltbar erscheint: Der nur in engen Grenzen widerlegbaren Vermutung, dass im medizinisch-ökonomischen Komplex grundsätzlich richtig abgerechnet wird.

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Abschluss meiner Ausführungen möchte ich nochmals darauf hinweisen, dass es in der Natur der Sache liegt, dass die Abrechnungsprüfung der Krankenkassen mit Hilfe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Rahmen des § 275 SGB V auf einen gewissen Unmut der Leistungserbringer stößt. Solange jedoch eine derart hohe Anzahl an fehlerhaften Rechnungen aufgedeckt wird, liegt

die Erforderlichkeit der Abrechnungsprüfung aus Sicht der Krankenkassen auf der Hand, noch mehr, es ist ein legitimer Anspruch der gemeinsamen Kunden, die ja nicht nur in ihrer Rolle als Patienten sondern auch als Beitragszahler zu sehen sind.

Zusammenfassend gilt daher aus meiner Sicht:

- Das bestehende DRG-Abrechnungs- und Prüfsystem sichert die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, die Voraussetzungen, Art und Umfang der in Rechnung gestellten Leistung zu prüfen.
- Die Prüfung von Krankenhausabrechnungen ist unabdingbar und ein Gebot der Wirtschaftlichkeit.

- Auch die durch Bundesrechnungshof und Bundesversicherungsamt bestätigten, unverändert hohen Rückerstattungsquoten bei der Beanstandung von Krankenhausrechnungen sprechen eindeutig für die Notwendigkeit der Prüfung von Krankenhausabrechnungen.
  
- Es müssen auch für die Krankenhäuser Anreize finanzieller Art geschaffen werden, damit Fehlbelegung und Falschabrechnung künftig gar nicht erst entstehen. Nur so kann der durch die Rechnungsprüfung entstehende Bürokratie- und Verwaltungsaufwand wirksam abgebaut werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.