GOÄ 01.08.2011

Abrechnungsbetrug in deutschen Krankenhäusern Informationen zu einem heiß diskutierten Thema

Seit dem Frühjahr 2010 tauchen in regelmäßigen Abständen Meldungen in der Presse auf, dass in deutschen Krankenhäusern in großem Stil ungerechtfertigt hohe Rechnungen ausgestellt werden. Es werden Schadenssummen von bis zu 1,5 Milliarden Euro genannt. Angeblich soll jede zweite Krankenhausrechnung inkorrekt sein. Teilweise wird sogar über kriminelle Machenschaften gesprochen. Die Kassen werden in diesem Zusammenhang nicht müde, zu betonen, dass die einem Krankenhaus zustehenden 300 Euro Aufwandsentschädigung bei ungerechtfertigten Prüfungen unfair seien. Zudem sei die Tatsache, dass Krankenhäuser "nichts zu befürchten haben", wenn sie falsche Abrechnungen erstellten, ein wichtiger Grund für die häufigen Fehlabrechnungen.

Besonders interessant ist hierbei, dass zunächst im April 2010 in diversen Zeitungen (u. a. dem Deutschen Ärzteblatt) darüber berichtet wurde, es bestünde hier ein Problem und es sei ein Ungleichgewicht zu Ungunsten der Kassen in Form der 300 Euro "Strafgebühr" bei Prüfung einer korrekten Rechnung vorhanden. Im Dezember 2010 gab es dann wiederum Meldungen in den Medien (z. B. "Spiegel online"), in denen die oben aufgeführten Informationen, wie bereits im Frühjahr 2010, noch einmal als "Neuigkeit" verkauft wurden. Schließlich war der Bericht des Bundesrechnungshofes im April 2011 erneut Anlass für eine groß angelegte Medienkampagne von Krankenkassen und Medizinischem Dienst der Spitzenverbände (MDS) mit leicht zu durchschauendem Ziel, die Krankenhäuser in Misskredit zu bringen. Es wird ganz offenbar versucht, die verantwortungsvolle Betreuung von Patienten nach medizinischen Gesichtspunkten, also eine Betreuung, die sich inhaltlich und zeitlich nicht ausschließlich an den seitens der Kassen und des MDK aufgestellten und häufig praxisfernen "Richtlinien" orientiert, in die Nachbarschaft zum Abrechnungsbetrug zu setzen.

Hierbei werden oftmals auf sträfliche Weise Fakten irreführend dargestellt.

So heißt es im Positionspapier der MDK-Gemeinschaft mit dem Titel "Abrechnungsprüfungen des MDK in Krankenhäusern sind angemessen, wirtschaftlich und zielführend": *Zahlreiche Abrechnungen, die dem MDK zur Prüfung vorgelegt werden, weisen Auffälligkeiten auf. Solange dies so ist, sind die Prüfungen zielgenau und effizient. Obwohl die Krankenhäuser es selbst in der Hand haben, über eine gute Kodierqualität die Prüfintensität zu beeinflussen, verläuft die Lernkurve in Bezug auf korrekte Abrechnungen in den letzen Jahren nahezu horizontal.*

Dies erscheint nicht sonderlich bemerkenswert, da sich die Prüfpraxis des MDK deutlich gewandelt hat. Bezogen sich im Jahr 2005 noch 43,8 Prozent der Prüfungen auf die Überprüfung der stationären Behandlungsnotwendigkeit (primäre Fehlbelegungsprüfung) so sind es im Jahr 2007 nur noch 16,4 Prozent (Quelle: DKI-Krankenhausbarometer). Leider finden sich im aktuellen Krankenhausbarometer für das Jahr 2010 keine Angaben zur MDK-Prüfpraxis. Jedoch bestätigt die Frühjahrsumfrage des Jahres 2010 von Medinfoweb zu diesem Thema den Trend mit nur noch 15,3 Prozent der Prüfanlässe des Jahres 2009 mit der Frage einer primären Fehlbelegung. Demgegenüber hat sich die Überprüfung der korrekten Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen relativ wenig verändert. Laut DKI-Krankenhausbarometer wurde dieser Aspekt, der ja die eigentliche inhaltliche Abrechnungsprüfung darstellt, im Jahr 2005 in 29,5 Prozent der Fälle und im Jahr 2007 in 23,0 Prozent der Fälle überprüft. Demgegenüber wurde im Jahr 2009 laut Medinfoweb in 35,6 Prozent der Fälle die korrekte Kodierung überprüft (18,7 Prozent Hauptdiagnose und 16,9 Prozent die CCL-relevanten Nebendiagnosen). Hinsichtlich der Überprüfung der Krankenhausverweildauer hat sich jedoch ein ganz anderer Trend gezeigt: Erfolgte eine Überprüfung der korrekten Verweildauer laut DKI-Krankenhausbarometer im Jahr 2005 lediglich in 22,6 Prozent der Fälle, so hat sich dieser Anteil im Jahr 2007 mit inzwischen 56,4 Prozent der Fälle mehr als verdoppelt. Laut Frühjahrsumfrage von Medinfoweb haben sich die Prüfungen der

Verweildauer mit insgesamt 66,5 Prozent im Jahr 2009 noch weiter erhöht, wobei der Anteil der Prüfung der unteren Grenzverweildauer hier mit 40,2 Prozent den Löwenanteil ausmacht.

In den eigenen Abteilungen der Autoren fand sich zum einen bei einer Gesamtanzahl von 293 abgeschlossenen Fällen im Jahr 2010 ein Anteil von 11 Prozent der Prüfungen bezogen auf die primäre Fehlbelegung, 18 Prozent der Prüfungen betrafen die Kodierung und 56 Prozent der Prüfungen die sekundäre Fehlbelegung, letztere nahezu ausschließlich in Bezug auf die untere Grenzverweildauer. Ferner wurde in weiteren 11 Prozent der Fälle seitens der Kassen ein vollkommen ungezielter Prüfauftrag (Prüfung primäre, und sekundäre Fehlbelegung, Kodierung und ggf. sonstige Auffälligkeiten) durchgeführt, so dass man eigentlich nicht mehr von einer verdachtsabhängigen Prüfung gemäß §275 SGB V sprechen kann. Demgegenüber erfolgten in der anderen der beiden Abteilungen im gleichen Zeitraum 114 MDK- Prüfungen, wovon 10,5 Prozent die primäre Fehlbelegung, 42,1 Prozent die Kodierung und 47,4 Prozent die sekundäre Fehlbelegung im Visier hatten. Insgesamt 43,0 Prozent aller Prüfungen betrafen die untere Grenzverweildauer. Sicherlich sind diese Unterschiede mitunter durch eine unterschiedliche Aufarbeitung der Prüfungen seitens des Medizincontrollings der jeweiligen Kliniken verursacht, andererseits zeigt sich aber auch relativ deutlich eine unterschiedliche Prüfpraxis in den verschiedenen MDKs. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass einer der beiden hier betroffenen MDKs stets und unerlaubterweise seinen Prüfauftrag auf den Gesamtfall ausweitet. Wenn z. B. im Prüfauftrag der Kasse lediglich nach der korrekten Kodierung der Hauptdiagnose gefragt wurde, so werden permanent die Nebendiagnosen, die Prozeduren sowie die primäre und die sekundäre Fehlbelegung mit geprüft. Hierdurch kann dieser MDK seine “Erfolgsquote” zum Teil nicht unerheblich erhöhen. Wie abstrus diese Vorgehensweise ist, mag ein Fallbeispiel verdeutlichen:

Zur kombinierten OP eines Karpaltunnelsyndroms und eines “schnellenden Fingers” kam eine 1936 geborene Patientin. An Nebendiagnosen waren (wegen nachgewiesenen therapeutischen Aufwandes) kodierfähig:

1. dialysepflichtige Niereninsuffizienz,
2. insulinbehandelter Diabetes mellitus,
3. diabetische Polyneuropathie,
4. arterieller Hypertonus,
5. Hypercholesterinämie,
6. absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern,
7. Erosive Gastritis mit Refluxösophagitis.

Ferner bestanden an weiteren, nicht kodierfähigen Diagnosen, die aber deutlich machen, wie multimorbide die Patientin war:

1. Mitralklappeninsuffizienz,
2. Amaurosis links und Visusminderung rechts,
3. subtotaler Verlust der Schilddrüse,
4. Osteoporose mit multiplen Lendenwirbelfrakturen,
5. multisegmentale Spinalkanalstenose.

Hier fragte die Kasse nach den CCL-relevanten Nebendiagnosen und der MDK-Prüfer erklärte im Rahmen der Inhouse-Prüfung, dass er keinen Kodierfehler finden könne. Er führte jedoch aus, dass es sich gemäß §115b SGB V um einen pflichtgemäß ambulant durchzuführenden Eingriff gehandelt habe, so dass er hier von einer primären Fehlbelegung ausgehe, da die Patientin als Dialysepatientin ja sehr gut medizinisch betreut werde und somit trotz ihrer multiplen Begleiterkrankungen hätte ambulant operiert werden können. Erst der Verweis darauf, dass der betreuende Nephrologe selber die Krankenhauseinweisung veranlasst hatte, dass die erhebliche Multimorbidität der Patientin sowohl aus Sicht der Anästhesie als auch unter Berücksichtigung der formalen Kriterien gemäß G-AEP eine stationäre Behandlung rechtfertigen und dass wir diese Auffassung ggf. vor dem Sozialgericht vertreten würden, konnte die Einschätzung als primäre Fehlbelegung abwenden.

Es wird an diesem Fallbeispiel ein sehr großes Problem im Bereich der MDK-Prüfungen exemplarisch deutlich: Im Falle einer Prüfung nach Aktenlage wäre der oben aufgeführte Fall ggf. alleine an Hand des § 301 Datensatzes und ggf. zusätzlich angeforderter Unterlagen (üblicherweise der Arztbrief, der für diese Zwecke die am wenigsten geeignete Unterlage ist) entschieden worden. Hätte sich der MDK- Gutachter dann tatsächlich für die Einschätzung einer primären Fehlbelegung entschieden, so wäre dieser Fall als “unnötige Krankenhausleistung” in die Statistik eingegangen. Derartige Fälle gibt es zuhauf. Es ist aber der Krankenhausarzt, der letztlich entscheiden muss, ob die stationäre Behandlung erforderlich ist oder nicht. Er hat dem Patienten gegenüber eine Garantenstellung. Er muss als behandelnder Arzt gewährleisten, dass dem Patienten kein vermeidbarer Schaden durch sein Handeln entsteht. Gerade bei der Entscheidung, ob man einen Patienten überhaupt stationär aufnimmt und bei der Entscheidung über den korrekten Entlassungszeitpunkt, sind Streitigkeiten zwischen dem Krankenhausarzt, der für sein Tun die Verantwortung tragen muss einerseits und dem Arzt, der vom grünen Tisch aus in Kenntnis des gesamten weiteren Verlaufes und ohne die Gefahr, für seine Entscheidung später regresspflichtig gemacht zu werden, entscheiden kann (dem ärztlichen MDK-Prüfer) vorprogrammiert. In den seltensten Fällen dürften dabei die Unterschiede in der Auffassung, was medizinisch notwendig ist und was nicht, so deutlich einer objektiven Beurteilung zugänglich sein, wie in dem oben genannten Fall. Hinzu kommt, dass durchaus bezweifelt werden darf, ob ein MDK-Arzt tatsächlich in der Lage ist, einen zu beurteilenden Fall aus der Sicht “ex ante” zu beurteilen, obwohl er den späteren Verlauf der Krankheitsgeschichte nur allzu gut kennt.

Insgesamt kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass sowohl seitens der Kassen als auch seitens des MDK gezielt versucht wird, die Krankenhäuser in Misskredit zu bringen. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der unteren Grenzverweildauer: Die “untere Grenze der Fallpauschale” wurde eigentlich zum Schutz der Patienten vor einer ökonomisch begründeten zu frühen Entlassung aus dem Krankenhaus eingeführt. Sie stellt eine willkürlich (nicht medizinisch zu begründende, sondern rein rechnerisch festgelegte) Grenze dar, unterhalb derer das behandelnde Krankenhaus einen Abschlag auf die abzurechnende DRG hinnehmen muss, da davon ausgegangen wird, dass eine solche frühe, “blutige” Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt und nicht medizinisch begründet ist. Genau diese untere Grenzverweildauer wandelt sich zunehmend zu einem Rabattierungsinstrument der Kassen. Der eigentliche Zweck der unteren Grenzverweildauer wird somit in sein Gegenteil verkehrt: Es entsteht ein starker Druck hin zur vorzeitigen Entlassung des Patienten. Da jedoch belastbare Kriterien für die wirklich benötigte Behandlungsdauer nicht bestehen, sind die entsprechenden Entscheidungen von großer Beliebigkeit geprägt. Hat der MDK-Arzt als Vertreter der Krankenkassen das

Interesse, möglichst viele der überprüften Abrechnungen als fehlerhaft zu “entlarven”, so sollte der behandelnde Arzt, der letztlich auch für die rechtlichen Konsequenzen einer zu frühen Entlassung aus der stationären Betreuung haften müsste, seine Entscheidungsfreiheit behalten. Dies gilt umso mehr, als es keine rechtsverbindlichen Angaben dazu gibt, welches Risiko man einem medizinischen Laien zumuten darf. Kann man der medizinisch nicht vorgebildeten Ehefrau zumuten, zu entscheiden, wann sie mit ihrem frisch operierten Ehemann wieder in die Klinik fährt, wenn das Risiko für einen Schaden 1 zu 100 ist, oder ist das erst zumutbar ab einem Risiko von 1 zu 10000? Muss man Unterschiede machen, ob der Patient durch das sich verwirklichende Risiko in Lebensgefahr gerät oder ob er “nur” Gefahr läuft, eine Teillähmung seines Armes oder Beines zu erleiden? Wenn es nicht den Rahmen dieses Artikels sprengen würde, könnte man Dutzende weiterer Probleme aufzählen, die in diesem Zusammenhang nicht geklärt sind und die derzeit letztlich auf dem Rücken der Patienten und der die Nachbetreuung übernehmenden niedergelassenen Kollegen ausgetragen werden, um den Kassen ein möglichst hohes Einsparpotenzial zu ermöglichen. Bereits im Jahr 2007 belegte laut eines Artikels im Deutschen Ärzteblatt eine Studie, dass durch die immer früheren Entlassungen aus der stationären Behandlung in die Früh-Rehabilitation zunehmend Probleme auftreten, weil typische postoperative Komplikationen nicht mehr in der operierenden Klinik, sondern in der Früh-Reha auftreten. Man kann sicher sein, dass die niedergelassenen Kollegen ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt sehr deutlich, dass die Kassen ihr Prüfverhalten dahingehend ändern, dass sie tendenziell weniger die eigentliche Abrechnung inhaltlich prüfen. Dies verwundert nicht, da die hierfür erforderliche korrekte Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen sowie der Prozeduren klar geregelt ist und weiterhin kontinuierlich an der Verbesserung der entsprechenden Vorschriften in den Diagnosen- und Prozeduren-Katalogen sowie den deutschen Kodierrichtlinien gearbeitet wird.

Da es den Kostenträgern aber über das Mittel der Prüfung der unteren Grenzverweildauer ermöglicht wird, mit geringem Aufwand hohe Rechnungskürzungen durchzusetzen, wird dieses Mittel gerne genutzt, was unter Berücksichtigung der betriebswirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen auch durchaus nachvollziehbar ist. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, wenn die Abschläge, die den Krankenhäusern auf dem Boden wenig sinnvoller und letztlich nicht eindeutig definierter Kriterien abgerungen werden, in einer öffentlichen Diskussion als Indikator für „Falschabrechnungen“ der Krankenhäuser oder gar “Betrug” gebrandmarkt werden. Es handelt sich offensichtlich um eine Fehlentwicklung eines dem Grunde nach gut gemeinten Systems. Umso mehr muss man sich des Vorwurfes der Falschabrechnung oder gar des Betruges erwehren, wenn man bedenkt, dass die vom MDK veröffentlichten Zahlen in nicht zulässiger Weise hochgerechnet und verzerrt dargestellt werden. Geprüft werden ca. zehn bis zwölf Prozent der stationären Behandlungsfälle pro Jahr. Wenn dann in maximal 45 Prozent dieser geprüften Fälle eine fehlerhafte Abrechnung festgestellt wird (unabhängig, ob primäre oder sekundäre Fehlbelegung oder fehlerhafte Kodierung), so bedeutet dies letztlich, dass in ca. vier bis fünf Prozent der stationären Krankenhausfälle eine fehlerhafte Abrechnung vorliegt, bzw. dass mindestens 95 Prozent der Abrechnungen korrekt durchgeführt wurden. Dann zu behaupten, dass nahezu jede zweite Krankenhausabrechnung “frisiert” sei, ist schlicht widersinnig. Umso deutlicher wird dies, wenn man bedenkt, dass die Kassen lediglich so genannte “verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen” durchführen, dass sie also offiziell lediglich dann den MDK einschalten, wenn sie Hinweise für eine falsche Abrechnung haben. Dies widerlegt die Darstellung der Kassen, dass man die gefundenen Fehlerquoten auf die übrigen, nicht geprüften Fälle hochrechnen könne. Für eine solche pauschalierte, verdachts-unabhängige Prüfung hat der Gesetzgeber die so genannte Stichprobenprüfung nach § 17c SGB V geschaffen. Dieses Instrument setzen die Kassen allerdings gar nicht gerne ein, weil es nicht effektiv genug sei. Man könnte auch sagen, weil in der Regel einfach korrekt abgerechnet wird und somit eine verdachtsabhängige Prüfung, bei der man den Tatbestand des “Verdachtes” sehr großzügig auslegt, die betriebswirtschaftlich sinnvollere Alternative darstellt. Auch die Vorstellung der Kassen, die Krankenhäuser sollen, sofern die Prüfung eine nicht korrekte Abrechnung ergeben hat, zusätzlich zur Rückzahlung der “zu viel bezahlten” Rechnungsbeträge noch eine Strafgebühr hinzufügen, toppt das Ganze. Die von den Kassen zu erhebenden Forderungen sind im DRG-Katalog als Abschläge für die Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer festgelegt. Hier fällt auf, dass diese Abschläge in der Regel außerordentlich viel höher liegen, als die vom Krankenhaus zu beanspruchenden Zuschläge bei einer ungewöhnlich langen Liegezeit (Überschreitung der oberen Grenzverweildauer). Insbesondere in den Fällen, die bereits regelhaft nur sehr kurz stationär behandelt werden müssen, sind die Abschläge nicht selten so hoch, dass der dem Krankenhaus verbleibende Restbetrag die entstandenen Kosten nicht mehr deckt. Zwar wird die so genannte Hauptleistung (also z. B. die Operation) in der Regel noch durch die verbleibenden Restbeträge gedeckt, für die durchgeführte pflegerische und ärztliche Betreuung als nicht-operative Leistung verbleibt aber oftmals nur noch ein Betrag im zweistelligen Eurobereich, der bei weitem nicht die entstandenen Kosten deckt. Allein hierdurch sind die Krankenhäuser schon mehr als genug bestraft, denn, wie oben erläutert, ist es ja sehr oft eine Frage der Interpretation, ob ein Behandlungstag medizinisch erforderlich war oder nicht.

Literatur:

[1] 1. Blum, Karl /Offermanns, Matthias /Perner, Patricia. MDK-Prüfungen – mehr als nur ein Einzelfall. In: Das Krankenhaus 2/2009: 111 – 116.

[2] 2. Kölbel, Ralf. „Die Prüfung der Abrechnungen von Krankenhausleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bewertung aus kriminologischer Perspektive“.
Gutachten für den AOK-Bundesverband.

[3] 3. Niermann, Inga. Anschlussheilbehandlung: „Blutige Entlassung“ verlagert Kosten in die Reha. In: Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(14): A-923 / B-825 / C-787.

[4] 4. Kassen beklagen Milliardenschaden durch falsche Klinikabrechnungen. In: aerzteblatt.de, 6.4.2010.

[5] 5. Falsche Krankenhausabrechnungen kosten Milliarden. In: Die Zeit, 28.12.2010

[6] 6. Abrechnungsprüfungen der MDK in Krankenhäusern sind angemessen, wirtschaftlich und zielführend. Zahlen und Fakten der MDK-Gemeinschaft. Positionspapier der MDK-Gemeinschaft. Stand: 22. November 2010.

[7] 7. Kassen beklagen Milliardenverlust durch falsche Rechnungen. In: Spiegel online, 28.12.2010

[8] 8. Bundesregierung: Schadenshöhe durch fehlerhafte Krankenhausabrechnungen wird überschätzt. In: medinfoweb.de, 03.06.2011.

[9] 9. BKK Novitas – 16 Prozent MDK-Prüfung – 50 Prozent erfolgreich. In: medinfoweb.de, 23.05.2011.

[10] 10. MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern – Bestandsaufnahme 2009 & Trend 2010. In: medinfoweb.de, 28.03.2011.