



Dr. Christoph Roos, Wilhelm Weerth und Heiner Fey; Bonn, Berlin \*

## Bundesrechnungshof gefährdet wirtschaftliche Basis der Krankenhäuser! Abrechnungssystem nicht verstanden

in Kooperation mit myDRG®

### Vorbemerkung

In seinen Bemerkungen zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes 2010 vom 12. April 2011 hat sich der Bundesrechnungshof auch mit der Frage der Krankenhausabrechnungen auseinandergesetzt und gezeigt, dass er nur über begrenzte Kenntnisse der Materie verfügt. Er führt aus, dass Abrechnungen von Krankenhausleistungen „häufig fehlerhaft“ seien und mutmaßt, dadurch sei den Krankenkassen ein Schaden in Höhe von 875 Mio. Euro entstanden. Er merkt an:

*„Einfachere Abrechnungen, Anreize für ein korrektes Abrechnungsverhalten und effektive Prüfverfahren könnten Fehler vermeiden und bürokratischen Aufwand verringern.“*

- Bemerkungen 2010, Seite 25 -

Bei der Lektüre der die Krankenhausabrechnungen betreffenden Bemerkungen fällt es schwer, sie nicht als frei von einer gewissen Voreingenommenheit gegenüber den Krankenhäusern zu sehen. Deshalb sei vorab mit gehörigem Nachdruck klargestellt, dass die Krankenhäuser einen erheblichen personellen, sächlichen und damit hohen – nicht gesondert abgeholtenen – finanziellen Aufwand betreiben, um korrekt abzurechnen. Versuche, etwaige Defizite des DRG-Systems allein auf die Schultern der Krankenhäuser zu legen, kommen über bloße Polemik nicht hinaus.

---

\* Der Autor **Dr. jur. Christoph Roos** ist Fachanwalt für Sozialrecht und Arbeitsrecht. Zudem berät er schwerpunktmäßig Einrichtungen des Gesundheitswesens in Fragen des Arzt- und Medizinrechts im gesamten Bundesgebiet.

Der Autor **Wilhelm Weerth** ist Rechtsanwalt mit den Schwerpunkten Medizin-, Versicherungs- und Arbeitsrecht und verfügt gleichzeitig über eine umfassende Expertise im Gesundheitswesen als Unternehmensberater. Neben seiner anwaltlichen Tätigkeit ist er seit dem Jahr 2000 gleichzeitig als Geschäftsführer von Kliniken auch im operativen Alltagsgeschäft der Krankenhäuser unmittelbar tätig.

Der Autor **Heiner Fey** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Herren Dr. Roos und Weerth, Diplombjurist, Klinische Kodierfachkraft und Krankenpfleger mit Schwerpunkt im Leistungsrecht des SGB V, insbesondere dem DRG-Recht.

## Das Abrechnungssystem

Entgegen der Auffassung des Bundesrechnungshofes ist das System zur Abrechnung von Krankenhausleistungen aus rechtlicher Sicht nicht kompliziert.

Wie der Bundesrechnungshof selbst feststellt, sind ICD für Haupt- und Nebendiagnose, zudem OPS (Zusatzentgelte) und einige andere Daten, wie etwa Verweildauer und weitere demografische Angaben zu ermitteln. Diese Daten sind einem sog. Grouper zuzuführen. Er ermittelt die zutreffende DRG und damit die der Behandlung entsprechende Fallpauschale, inklusive Zu- und Abschlägen für Verweildauer etc. Das eigentliche, zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen regelmäßig streitige Problem ist die Ermittlung der tatsächlichen medizinischen Voraussetzungen einer konkreten Kodierung, die mit der Abrechnung im engeren Sinne nichts zu tun hat. Wenn der Bundesrechnungshof behauptet, Krankenhäuser könnten mit Hilfe des Groupers verschiedene Abrechnungsvarianten simulieren, um die für sie günstigere Abrechnungsvariante zu ermitteln, darf nicht übersehen werden, dass auch den Krankenkassen genau diese Software zur Verfügung steht. Ebenso wie der Bundesrechnungshof annimmt, dass sich Krankenhäuser zum „Upcoding“ verleiten lassen könnten, darf er gleichwohl nicht übersehen, dass Krankenkassen auf demselben Weg ein „Downcoding“ betreiben könnten, mit dem Ziel, Abrechnungen nach einer tatsächlich mit hohem Aufwand betriebenen Behandlung zu mindern. Auch wenn ein derartiges, gewiss verwerfliches Verhalten, auf beiden Seiten im Einzelfall nicht auszuschließen ist, so darf doch bezweifelt werden, ob die Unterstellung derartiger Abrechnungs- bzw. Rechnungskorrekturpraktiken mit Blick auf ein effizientes und gerechtes Abrechnungssystem zielführend ist. Bemerkenswert und zugleich erschütternd ist, dass der Bundesrechnungshof allein den Krankenhäusern die Möglichkeit der Simulation von für sie günstigen Rechnungen unterstellt. Das mag der vermutlich unvollständigen, nicht nachvollziehbaren Datenlage geschuldet sein, die den Bemerkungen zugrunde zu liegen scheinen. Der vom Bundesrechnungshof anscheinend nicht berücksichtigte klinische Alltag lehrt Anderes.

Das DRG-System ist erst aufgrund seiner hochgradigen, vom Bundesrechnungshof anscheinend in Frage gestellten Differenzierung gerecht.

Es darf daran erinnert werden, dass nicht die Anzahl an ICD- und OPS-Codes das DRG-System verkomplizieren, sondern deren tatsächlich vorliegende Voraussetzungen. Es ginge fehl, Systemgerechtigkeit dadurch erzielen zu wollen, dass die Zahl der DRG, ICD, OPS und Zusatzentgelte verringert würde, denn dadurch müssten Behandlungsfälle mit unterschiedlich hohem Aufwand unter weniger differenzierten DRG zusammengefasst werden, mit dem Ergebnis, dass für verschieden hohe Aufwände der gleiche Betrag abrechenbar wäre. Das ginge, je nach Ausgestaltung, zu Lasten der Krankenhäuser oder Krankenkassen, eine Entwicklung, die gesundheitspolitisch auch vom Bundesrechnungshof nicht gewollt sein kann. Die Prüfung der Leistungsinhalte konkreter Behandlungsfälle ist dem Gesetzgeber entzogen. Die

Klärung tatsächlich vorliegender Voraussetzungen im Einzelfall ist medizinischem Sachverstand vorbehalten, über den weder der Gesetzgeber, noch der Bundesrechnungshof verfügen dürften.

### **Die Abrechnungsprüfung**

Das bisher bestehende System der Abrechnungsprüfung durch den MDK im Auftrag der Krankenkassen ist dem Grunde nach nicht zu beanstanden.

Es widerspräche rechtlichen Grundsätzen, müssten die Krankenkassen Abrechnungen begleichen, deren Korrektheit zu prüfen ihnen verweigert würde. Dass die Krankenkassen dabei für ihre Entschließung, ob sie eine Einzelfallprüfung beauftragen, nur auf eine begrenzte Datenlage – den sog. § 301-Datensatz – zurückgreifen können, dient den Versicherten. Deren Datenschutzinteresse ist mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts über die informationelle Selbstbestimmung und der Rechtsprechung der Fachgerichte zum Datenschutz höher zu bewerten, als die Interessen der Krankenkassen und Krankenhäuser.

Auf die Auswahl der einzelnen, zu prüfenden Behandlungsfälle haben die Krankenhäuser keinen Einfluss. Die Krankenkassen überprüfen die Kodierung der Abrechnungen auf Auffälligkeiten. Bei deren Bestehen müssen sie eine Einzelfallprüfung einleiten. In ihren Anfragen an den MDK grenzen die Krankenkassen den Prüfauftrag ein. Sie lassen Verweildauer, Haupt- und Nebendiagnosen, OPS etc. überprüfen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass in einer nicht unbeachtlichen Zahl der Fälle gar nicht die Kodierung in Rede steht, sondern die nachträgliche Kürzung der Verweildauer. Die in der Einzelfallprüfung entstehenden Abrechnungsstreitigkeiten betreffen medizinische Tatbestände, was zu der Frage nach der „Falschheit“ von Krankenhausabrechnungen führt. Welche Behandlung tatsächlich durchgeführt worden ist, kann grundsätzlich nur der behandelnde Arzt bestimmen und hat dies zu dokumentieren. Aufgrund des hohen Kostendrucks, der ohnehin auf den Krankenhäusern lastet, darf der Bundesrechnungshof davon ausgehen, dass die Ärzte bereits während der laufenden Behandlung das Wirtschaftlichkeitsgebot auch in dem Bewusstsein beachten, dass eine unwirtschaftliche Behandlung von den Krankenkassen weder erstattet werden darf, noch kann. In dieser Behandlungssituation und damit lange vor der Abrechnung und deren Überprüfung ist es am Arzt, Wirtschaftlichkeitsgebot und Patienteninteressen abzuwägen. Die Entscheidungen des Arztes und die daraus resultierende Abrechnung sind freilich der nachträglichen Überprüfung zugänglich. Seit der zutreffenden Einschätzungsprärogative-Rechtssprechung des Bundessozialgerichts bestehen hieran keine ernstlichen Zweifel mehr. Die Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Behandlung nachträglich in Frage zu stellen, ist gleichwohl nicht unproblematisch. Dies vor allem mit Blick darauf, dass der MDK zumeist nur erlösrelevante Einzelaspekte prüft, ohne die Behandlung im Ganzen zu würdigen. Von der Falschheit der Abrechnungen zu sprechen, ist auch in den von den Krankenkassen beanstandeten Fällen sehr häufig nicht ohne weiteres möglich. Im sog. MDK-Widerspruchsverfahren, also dem Verfahren, in dem Krankenhäuser mit dem MDK die tat-

sächlichen Voraussetzungen eines Behandlungsfalles im fachlichen Diskurs zu klären versuchen, hängt der Ausgang des Verfahrens von der Entschließung des MDK ab. Dessen Empfehlungen folgen die Krankenkassen regelmäßig auch dann, wenn sich der MDK der Argumentation der Krankenhäuser verschließt. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass der Einfluss der Krankenkassen auf das gesamte Abrechnungsverfahren im weiteren Sinne nicht wesentlich über Entgegennahme und Prüfung Abrechnung, gegebenenfalls pflichtgemäße Einleitung des MDK-Prüfverfahrens und spätere Begleichung oder Verweigerung der Forderungen der Krankenhäuser auf Grund der Empfehlung des MDK hinaus erstreckt. Die Krankenkassen sind dem Ergebnis des MDK ebenso ausgeliefert, wie die Krankenhäuser. Aus datenschutzrechtlichen Gründen haben sie nicht die Möglichkeit, die Stichhaltigkeit der Begutachtung durch den MDK zu überprüfen. Eine weitergehende Klärung mit den Krankenkassen ist nicht zulässig, auch wenn sich hierdurch offene Fragen klären und Klageverfahren vermeiden ließen. Gegen eine Vereinfachung des Verfahrens an dieser Stelle, sprechen die begründeten und vorrangig zu beachtenden Datenschutzinteressen der Versicherten. Den Krankenhäusern bleibt in dieser Situation nur die Anrufung der Sozialgerichte. Diesen Schritt gehen sie häufig wegen des Prozess- und Kostenrisikos nicht. Nach alledem stellt sich die Frage, warum der Bundesrechnungshof, der sich berühmt, ausgemacht zu haben, dass den Krankenkassen durch vermeintlich fehlerhafte Abrechnungen ein Schaden in Höhe von 875 Mio. Euro entstanden sei, nicht auch den Schaden errechnet, der den Krankenhäusern durch verweigerte Zahlungen entstanden ist. Ob „Anreize für ein korrektes Kodierverhalten“ und „Strafen für falsche Kodierungen“ zielführend sind, darf bezweifelt werden.

Bei den Stichprobenprüfungen ist die Situation vergleichbar. Der MDK bestimmt eine Auswahl von Akten, die er überprüfen möchte. Diese Auswahl ist nicht zufällig. Der Verdacht, er könne sich die Akten vorlegen lassen, die das höchste Fehlerpotential aufweisen, ist nicht von der Hand zu weisen. Auch der MDK kann seine Auswahl durch Simulationen am Grouper steuern. Hinsichtlich der Feststellung der Falschheit der so geprüften Abrechnungen bestehen die oben dargestellten Bedenken. Aus diesem Grund erscheint der Vorschlag des Bundesrechnungshofes, der in der Stichprobenprüfung ermittelte Fehlbetrag sei auf alle Behandlungsfälle hochzurechnen und den Krankenkassen zu erstatten, bedenklich. Zum Einen, weil die ausgewählten Behandlungsfälle meist keinen Querschnitt aller Behandlungsfälle darstellen, zum Anderen, weil die in der Stichprobe ermittelte Falschheit der Abrechnungen im Diszensfall mit den Krankenhausärzten fraglich sein dürfte. Diese Bedenken, die gegen die Hochrechnung des Fehlbetrages und Anrechnung auf das Budget bestehen, können auf den Vorschlag des Bundesrechnungshofes übertragen werden.

### **Schlussfolgerung**

So ehrbar und begrüßenswert die Absichten des Bundesrechnungshofes auch sein mögen, so hat er die zweifelsohne bestehenden Probleme der Abrechnung von Krankenhausleistungen zu einseitig und undifferenziert betrachtet. Der Fortentwicklung eines für alle Beteiligten gerechten Gesundheitssystems haben

seine Bemerkungen jedenfalls nicht gedient. Die Reaktionen in Fachwelt und Medien lassen eher das Gegenteil befürchten. Seine Verbesserungsvorschläge setzen an der falschen Stelle an. Sofern sie zu einer finanziellen Mehrbelastung der Krankenhäuser führen, begrenzt er deren ohnehin schon stark eingeschränkte wirtschaftliche Bewegungsfähigkeit weiter. Der Entzug von Liquidität wird sicherlich nicht zu einer Verbesserung der Kodierqualität führen. Das eigentliche Problem liegt auch nicht in Rechnungserstellung und -prüfung. Dieses gewiss nicht fehlerfreie und vom Gesetzgeber nur unzulänglich angelegte System hat durch Rechtsprechung und Praxis eine praktikable, sich stets weiterentwickelnde Gestalt bekommen. Es steht zu befürchten, dass gesetzgeberische Eingriffe an dieser Stelle die Entwicklung zurückwerfen würden. Es scheint, wie so häufig im gesamten Gesundheitswesen, dass die Voraussetzungen im klinischen Alltag verbesserungsbedürftig sind, was nicht zuletzt auch den Patienten zugute käme.

Es bleibt zu hoffen und wünschenswert, dass der Bundesrechnungshof in seinen zu erwartenden Bemerkungen für das Jahr 2011 das Verhalten aller Beteiligten, also Krankenkassen, Krankenhäusern und MDK kritisch würdigt und auf dieser Grundlage differenziertere Reformvorschläge unterbreitet.