

Rechnung	Rechnung	Rechnung	Rechnung	Rechnung
Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposten 1.654,81
Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposten 803,55
Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposten 3.521,17
Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposten 64,31
Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposten 987,42
Summe	Summe	Summe	Summe	Summe 7.031,26



Argumentationspapier für eine symmetrische Aufwandspauschale

Berlin, 16. August 2011



Bundesrechnungshof kritisiert fehlende Anreize für korrekte Krankenhausabrechnungen

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

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

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

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

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

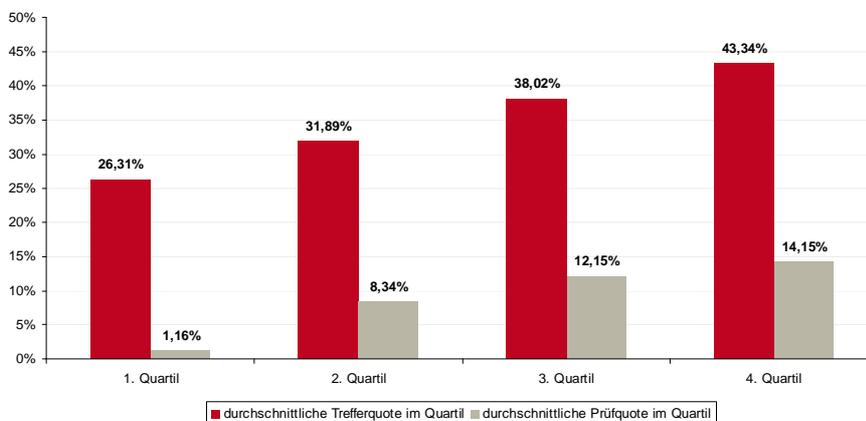


Aktuelle Ergebnisse von MDK-Prüfungen im Jahr 2010

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

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

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



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

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



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

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

Abb. 2 Prüfgründe 2010, Verteilung nach Hauptkategorien³

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

Hochrechnung des Schadens durch Falschabrechnung

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

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

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



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

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

Abb. 3 Hochrechnung unverändert aktuell

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

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

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

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

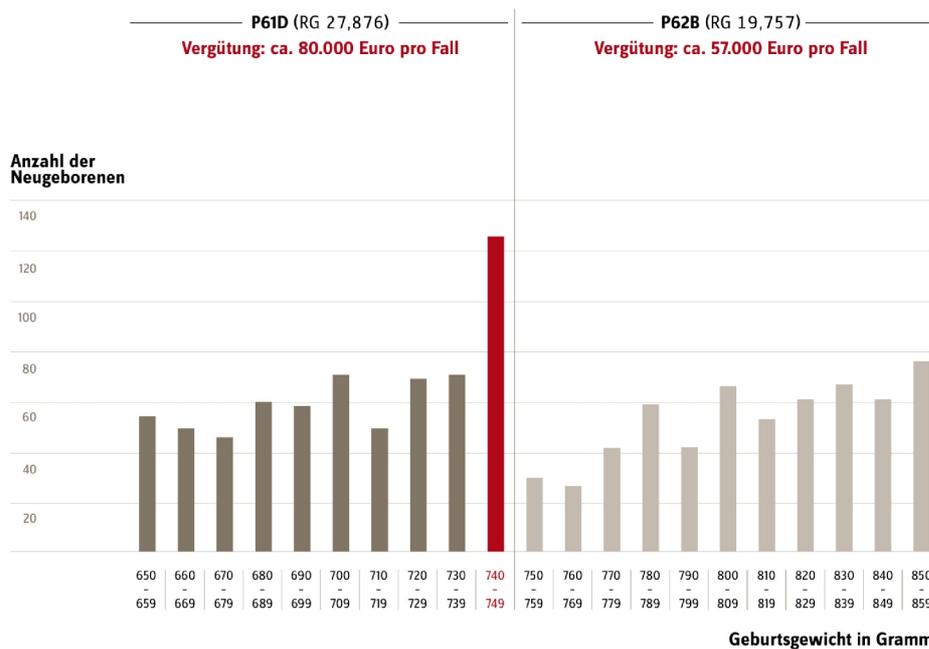
⁴ Die AOK repräsentieren etwa ein Drittel der GKV-Versicherten.



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

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

Vergütung beispielhaft für sogenannte Normlieger, DRG-Katalog 2009



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

Nicht das System, sondern das Abrechnungsverhalten muss sich ändern

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

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



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

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

Abrechnungsverhalten durch symmetrische Aufwandspauschale ändern

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

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

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



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

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

Der GKV-Spitzenverband fordert die symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V, so dass bei nachgewiesenen Abrechnungsmängeln das Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro je Fall an die Krankenkassen zahlen muss.

Damit würde nicht nur Risikogleichheit für die am Prüfverfahren Beteiligten geschaffen, sondern insbesondere ein Anreiz für die Krankenhäuser gesetzt, fehlerhafte Abrechnungen künftig zu vermeiden. Insbesondere müssen die Krankenhäuser zur fehlerfreien Angabe der vergütungsrelevanten sowie im Interesse von Plausibilitätsprüfungen erforderlichen Diagnose- und Prozedurencodes verpflichtet werden, um zur Vermeidung unnötiger Nachfragen der Krankenkassen beizutragen. Die alternativ zu bedenkende Streichung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V würde zwar keinen Anreiz für die Krankenhäuser zur korrekten Abrechnung bewirken, jedoch zumindest die Ungleichbehandlung von Krankenhäusern und Krankenkassen beenden.



Fallbeispiele

Fall 1 „Falsche Nebendiagnose“

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

Fall 2 „Falscher Prozedurenschlüssel“

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

Fall 3 „Kodierung nicht erbrachter Leistung“

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

Fall 4 „Abrechnung eines falschen Medikaments“

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



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

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

Fall 6 „Medizinisch nicht begründbare Verweildauer“

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

Fall 7 „Abrechnung einer Leistung ambulant und stationär“

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



Quellen:

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

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

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

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

Kölbel, R., Universität Bielefeld: Unternehmenskriminalität im Gesundheitssystem: Teil Interviewstudie - DFG-Antrag in Begutachtung; Teil Aktenanalyse - begonnen; Teil Prüfdatenauswertung mit dem MDK BW - in Anlaufphase)
(http://www.jura.uni-bielefeld.de/forschung/forschung_1st)

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

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

