



HESSISCHER LANDTAG

07. 07. 2009

Kleine Anfrage

des Abg. Dr. Spies (SPD) vom 07.05.2009

betreffend mangelhafte Abrechnungen der Krankenhäuser

und

Antwort

des Ministers für Arbeit, Familie und Gesundheit

Vorbemerkung des Fragestellers:

Der Zeitschrift "die BKK" vom April 2009 war auf den Seiten 143 ff. in einem Interview mit Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen e.V. (MDS), zu entnehmen, dass nach deren Erkenntnissen ca. 40 v.H. der durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüften Krankenhausabrechnungen überhöht gewesen seien.

Diese Vorbemerkung des Fragestellers vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Wie viele Krankenhäuser in Hessen sind vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in den Jahren 2006, 2007 und 2008 in Bezug auf ihre Abrechnung jeweils geprüft worden?

Jahr	Anzahl Krankenhäuser
2006	123
2007	122
2008	138

Quelle: Schreiben des MDK Hessen vom 15. Mai 2009

Die Zahlen wurden nach den Erläuterungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen (MDK Hessen) dem EDV-Tool "KoQua" entnommen, das zur Begutachtung von Fragen der Krankenkassen zur DRG-Kodierung verwendet wird. Begutachtungen, die sich nur auf Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung beziehen, sind dabei nicht berücksichtigt. Die psychiatrischen Kliniken werden hierbei nicht beachtet.

Frage 2. Wie hoch war jeweils die Quote der bemängelten Abrechnungen in den Jahren 2006, 2007 und 2008?

Jahr	Voraussetzungen erfüllt	Voraussetzungen nicht/teilweise nicht erfüllt
2006	57,9 v.H.	42,1 v.H.
2007	55,1 v.H.	44,9 v.H.
2008	50,6 v.H.	49,4 v.H.

Quelle: Schreiben des MDK Hessen vom 15. Mai 2009

Zu dieser Frage wurden nach den Ausführungen des MDK Hessen die Daten aus dem Gutachtensystem des MDK "ISmed" ausgewertet, das Ergebnisse zu allen Aufträgen enthält, aber Details zu den Krankenhäusern erst ab Mitte 2008. Es wurden Begutachtungen zur Verweildauer, DRG-Verweildauer und zur DRG-Kodierung einbezogen.

Frage 3. Welche Krankenhäuser bzw. welche Krankenhausträger waren häufig in Bezug auf mangelhafte Abrechnungen betroffen?

Zu dieser Frage ist keine Aussage möglich.

Frage 4. Wie hoch ist die jeweilige Summe, durch die die Krankenkassen in Hessen aufgrund von Falschabrechnungen betroffen wären, aufgeschlüsselt nach den Jahren 2006, 2007 und 2008?

Jahr	Mittelwert Ersparnis pro Fall (KoQua, DRG-Kodierung)	Fallzahl	Ersparnis für Krankenkassen
2006	715, 23 €	21.772	15.572.000 €
2007	874, 72 €	26.141	22.866.000 €
2008	793, 97 €	25.348	20.126.000 e

Quelle: Schreiben des MDK Hessen vom 15. Mai 2009

Der MDK Hessen erläutert zu dieser Tabelle ergänzend, dass sich die Auswertung zu diesen Werten im Wesentlichen auf die vollständige Begutachtung von Anfragen zur DRG-Kodierung, die nur bei einem Teil der Aufträge durchgeführt wird, stützt. Die Ersparnis für die Krankenkassen wird aus der durchschnittlichen Veränderung des Krankenhaus-Entgeltes pro geprüften Fall geschätzt, indem mit der Anzahl der nicht oder teilweise korrekten Abrechnungen über alle Aufträge zur DRG-Kodierung (ermittelt aus dem produktiven System "ISmed") multipliziert wird. Ersparnisse aus der Verweildauerprüfung gehen hier nur insoweit ein, als sie mit einer Prüfung der Kodierung verbunden sind. Auch deshalb sei die Schätzung nach Aussage des MDK Hessen als eher vorsichtig anzusehen.

Weiterhin verweise ich auf meine Antwort zu Frage 6.

Frage 5. Gibt es Hinweise darauf, dass eine größere Anzahl an Abrechnungen der Krankenhäuser falsch sein könnte (Dunkelziffer)?

Hierzu liegen keine Erkenntnisse vor.

Frage 6. Sofern die Beschwerden der Krankenkassen nachvollziehbar sind, welche Konsequenzen zieht die Landesregierung aus den mangelhaften Abrechnungen?

Es handelt sich hierbei nicht um Beschwerden der Krankenkassen, sondern um Prüfaufträge, die von den Krankenkassen an den MDK gegeben werden.

Der MDK überprüft daraufhin die Abrechnung der Krankenhäuser. Im DRG-System wird aus den ärztlichen Diagnosen und Prozeduren (die gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien kodiert werden) mittels einer Computer-Software eine "Abrechnungs-DRG" ermittelt. Bei der Kodierung einer Diagnose gibt es immer wieder Streitigkeiten über die Zulässigkeit der Kodierung. Dies sind in nicht unerheblichem Maß Streitigkeiten auf medizinischer - meist auch fachärztlicher - Ebene. Bei Uneinigkeit über die medizinische Diagnose stuft der MDK eine Abrechnung (also z.B. eine bestimmte Neben-Diagnose) als "nicht kodierbar" ein, womit sich dann ggf. eine niedriger bewertete DRG ergibt. Diese Abrechnung würde somit als "mangelhaft" bewertet. Die endgültige Entscheidung über eine Vergütung der Leistung kann oft erst von den Sozialgerichten getroffen werden, allerdings scheuen die Krankenhäuser oft den Aufwand eines Klageverfahrens angesichts der im Einzelfall geringen im Streit stehenden Summen.

Beanstandete Abrechnungen sind somit nicht automatisch als schuldhaft "mangelhaft" zu werten, sondern können durchaus lediglich verschiedene medizinische Einschätzungen wiedergeben.

Das Prüfungsverfahren ist gesetzlich vorgegeben und wird vor Ort zwischen Krankenkassen, MDK und Krankenhäusern umgesetzt.

Es besteht derzeit kein Handlungsbedarf für die Landesregierung.

Wiesbaden, 26. Juni 2009

Jürgen Banzer