

# DRGs und Rechnungsprüfung

Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland auf  
die Rechnungsprüfung durch die Kostenträger

-

Wandel von der Kodierprüfung hin zur  
Verweildauerprüfung

-

Ein Erfahrungsbericht

-

Dr. Erwin Horndasch

# Dr. Erwin Horndasch

---

- Internist – Notfallmedizin – Ärztliches Qualitätsmanagement – RiskManagement  
Dipl.-Gesundheitsökonom Oec.med.
- Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)
- Medizincontroller
  - Stadtkrankenhaus Schwabach gGmbH
  - Freiberuflicher (externer) Medizincontroller



18.06.2009

Controlling im Gesundheitswesen - Bern

# DRGs in Deutschland

---

- Schrittweise Einführung (über Optionshäuser) ab 01.01.2003
- Flächendeckende Anwendung Fallpauschalensystem im somatischen Bereich ab 01.01.2004

## **ABER zeitgleich dazu**

- **Einführung der Überprüfung von Krankenhausabrechnungen**

# Rechnungsprüfung

## Einzelfallprüfung

### § 275 SGB V Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen sind ... verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,

2. ....

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

# Einzelfallprüfung

**Fehlbelegung**

## § 275 SGB V Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen sind ..... verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,

2. ....

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

**Kodierung**

# Stichprobenprüfung

---

## Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

### **§ 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz**

(2) Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes ... die Einhaltung der ... Verpflichtungen durch Stichproben prüfen; über die Einleitung der Prüfung entscheiden die Krankenkassen mehrheitlich. Der Medizinische Dienst ist befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen.

# MdK

---

1. Krankenhaus erbringt Leistung am Patienten und stellt Rechnung an Krankenkasse
2. Krankenkasse bezahlt Rechnung
3. Zur Rechnungsprüfung keine direkte Interaktion zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, sondern Einschaltung der „neutralen Stelle“ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MdK)

# MdK

---

## **§ 275 SGB V Begutachtung und Beratung**

(5) Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

**→ Formal unabhängig sowohl gegenüber Krankenhaus aber auch gegen Krankenkasse**

# Private Krankenversicherung

- Bei Privatpatienten (Selbstzahlern) existiert formal kein etabliertes System zur Rechnungsprüfung
- Privatkassen haben eigene Prüfmechanismen
- Prüfung erfolgt durch
  - Sachbearbeiter
  - Interne Prüfärzte (Gutachter)
  - Externe Prüfärzte

Sonderfall

# Einzelfallprüfung

---

## Probleme zu Beginn der Prüfverfahren

- Zusatzaufgabe Einzelfallprüfung ist mit Personalmangel bei Krankenhäusern und MdK nicht vereinbar
- Lernendes System (das bedeutet unklare Kodierregeln am Anfang der Lernkurve)
- Keine inhaltlichen Vorgaben zum Prüfablauf
  - Regelprüfung vs. Einzelfallprüfung („was ist begründeter Einzelfall?“)
  - Schriftliche Prüfung oder Vor-Ort-Prüfung?

# Einzelfallprüfung

---

## Konsequenzen und Probleme

- Mehr oder weniger unsystematische Anforderungen von Unterlagen durch
  - Krankenkasse (Datenschutzprobleme)
  - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- Lange Bearbeitungsdauer
- Hoher bürokratischer Aufwand für Krankenhäuser bei gedeckeltem Budget nicht umsetzbar
- ➔ 100 Euro – Regelung ab 01.04.2007

# Einzelfallprüfung

Was ist zeitnah ?

## § 275 c SGB V

(1c) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen.

Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.

Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von **300** Euro zu entrichten.

# Einzelfallprüfung

---

## Auswirkungen des lernenden Systems

- Elimination von unspezifischen Nebendiagnosen
- Zunahme von OPS-getriggerten DRGs
- Spreizung und verbesserte Differenzierung der DRGs
- Anpassung der offiziellen Kodierregeln
- Kodierempfehlungen durch
  - Spitzenverband des Medizinischen Dienstes (SEG 4)
  - Fachausschuss ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der DGfM (FoKA)

**DAS HAT KONSEQUENZEN !!!**

# Einzelfallprüfung

---

## Auswirkungen auf die Prüfpraxis

- Prüfung von Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Prozeduren zunehmend weniger lukrativ für Kostenträger

*Ergo*

- Vermehrter Fokus auf **Verweildauerprüfung**



# Fehlbelegung

---

## **Primäre Fehlbelegung**

- Der Patient hätte überhaupt nicht in das Krankenhaus aufgenommen werden dürfen  
(Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe nach §115 b SGB V)

## **Sekundäre Fehlbelegung**

- Der Patient war zu lange im Krankenhaus  
(KH-Behandlung nur bei medizinischer Notwendigkeit)

# Verweildauerprüfung

---

## **Ambulantes Potential**

- Metallentfernungen
- Varizenchirurgie
- Laparoskopische Operationen
- Hernienchirurgie
- Augenchirurgie
- HNO-Chirurgie
- .....

# Verweildauerprüfung

---

## **Problem der Krankenhäuser**

- Keine Infrastruktur in den Kliniken für AOPs
- Keine Logistik in den Kliniken für AOPs
- Schwieriger Umdenkprozess für Krankenhausarzt
- Schlechtere Vergütung einer ambulant erbrachten gegenüber einer stationär erbrachten Operation

➔ weiter Erbringung unter stationären Bedingungen

# Verweildauerprüfung

---

## Ergebnisse der Prüfungen

- Reduktion auf maximal einen Berechnungstag (1 Übernachtung)
- Komplette Streichung von präoperativen Tagen
- Komplette Streichung der Aufenthalte durch MdK

## Konsequenzen:

mit jedem Katalogwechsel

- sinkt die Verweildauer
- wächst der Druck auf die Verweildauer

# untere Grenzverweildauer

---

Ein Instrument, welches ursprünglich gedacht war als Schutz vor blutiger Entlassung entwickelt sich zunehmend hin zum Instrument zur Verweildauerverkürzung

# obere Grenzverweildauer

---

Parallel zu uGVD – Prüfungen vermehrt erfolgreiche Prüfungen der oGVD, da

- Schlechte Dokumentation der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit
- Steigende Anforderung an die medizinische Behandlungsnotwendigkeit (Urteil des großen Senats des Bundessozialgerichtes vom Dezember 2008)
- Unterstellung einer Straffung des Behandlungsablaufes
- Verweis auf ambulante Leistungserbringung (gilt nicht bei AOP nach stationärem Aufenthalt)

# obere Grenzverweildauer

## Konsequenzen der Prüfungen

mit jedem Katalogwechsel

- sinkt die Verweildauer
- wächst der Druck auf die Verweildauer

|      | Hauptabteilung | Belegabteilung | Haupt- und Belegabteilung |
|------|----------------|----------------|---------------------------|
| 2005 | 7,71           | 5,33           | 7,37                      |
| 2006 | 7,60 (-1,4%)   | 5,13 (-3,9%)   | 7,18 (-2,6%)              |
| 2007 | 7,42 (-2,3%)   | 4,98 (-2,9%)   | 6,96 (-3,0%)              |

*mittlere VERWEILDAUERN*

# Ergebnisse BRD

---

- Erfolgsquote von 200 – 1000 Euro pro Fall (gemittelt)
  - je nach Quelle
- Auch unter Berücksichtigung der 300 Euro-Regel



- Prüfungen werden genauer und systematischer → Erfolgsquote steigt

# Wie die Kassen geschröpft werden

Moderation Fritz Frey:

## Zahlenspiele

DER SPIEGEL 19

### Kassen: Milliarden Schaden durch falsche Klinikrechnungen

GESUNDHEIT

Früher

Bei der Abrechnung

Zahlen des Medizinischen Dienstes

etwa 40 Prozent der Rechnungen

überhöht", sagt

Kliniken versuchte

Statistik sind die

geprüften Fällen in

Euro handeln. Offiziell

weil er nur etwa

ABZOCKE

Viele Krankenkassen zahlen

hoch

Bei der Abrechnung von

wird häufig **betrogen**. Das

Zahlen des Medizinischen Dienstes

der Krankenkassen hervor.

Mainz (ddp). Durch überhöhte Abrechnungen von Krankenhäusern entstehen den gesetzlichen Kassen offenbar Schäden in Milliardenhöhe. Die Hälfte der 64 000 im vergangenen Jahr vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse überprüften Abrechnungen sei fehlerhaft gewesen, berichtet das ARD-Magazin «Report Mainz» am Montag unter Berufung auf die Kaufmännische Krankenkasse (KKH). Durch Kürzung der Rechnungen erreichte die KKH den Angaben zufolge in 2006 Rückforderungen von 25 Millionen Euro. Hochgerechnet auf alle Versicherten beziffert die Kasse den Schaden auf bis zu eine Milliarde Euro. KKH-Vorstand Ingo Kailuweit kritisierte, dass die Frist zur Überprüfung von Krankenhausrechnungen mit der Gesundheitsreform auf sechs Wochen begrenzt werde. Zudem müssten die Kassen den Kliniken künftig eine Aufwandspauschale von 100 Euro zahlen, sollte die Überprüfung keine Minderung der Rechnungsergebnisse ergeben. Dies werde die Zahl der geprüften Fälle reduzieren.

„Sch

• 30

Pe

de

It

Oder

• 65

Jän

Die

Krankenkassen (MDS) It. FTD am 24.02.2009

hoch (Quelle: dpa)

"Spiegel". In vielen Fällen handele es sich um so genanntes Upcoding: Die Kliniken versuchten, teurere Leistungen abzurechnen, als sie tatsächlich erbracht hätten.

Vertrauen ist gut. Kontrolle ist

nicht, diesen

beschrieben

wir die Politik

en russischen

u ernst nimmt

aus

Dienstes

(MDS)

n

nst der

) hat den

, überhöhte

abzurechnen.

er überprüften

inischen

erreichten

höht", sagte

MDSK-Chef Peter Pick dem

Hamburger Nachrichtenmagazin

# Öffentliche Darstellung

## Gedanken zum Begriff „Falsche Abrechnung“

- Auslegung Kodierregeln
- Streit um medizinische Notwendigkeit
- Dokumentationsprobleme
- Diskrepanz zwischen Diskussion und Realität

falsche Kodierung vs. Verweildauer

|              |                                                                                                            |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5-34</b>  | <b>Operationen an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell</b>                                        |
| <b>5-340</b> | <b>Inzision von Brustwand und Pleura</b>                                                                   |
| 5-340.0→     | Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch                                                 |
| 5-340.1      | Explorative Thorakotomie                                                                                   |
| 5-340.2→     | Thorakotomie zur Fremdkörperentfernung                                                                     |
| 5-340.3      | Rethorakotomie                                                                                             |
|              | <b>Exkl.:</b> Rethorakotomie mit Revision einer Bronchusstumpfsuffizienz ( <a href="#">5-321.3</a> )       |
| 5-340.5→     | Thorakoskopie zur Fremdkörperentfernung                                                                    |
| 5-340.6→     | Rethorakoskopie                                                                                            |
| 5-340.7→     | Osteotomie der Rippe                                                                                       |
| 5-340.8→     | Osteotomie der Rippe mit Osteosynthese                                                                     |
|              | <b>Hinw.:</b> Eine durchgeführte Osteosynthese ist gesondert zu kodieren ( <a href="#">5-786</a> )         |
| 5-340.9      | Osteotomie des Sternums                                                                                    |
|              | <b>Hinw.:</b> Dieser Kode ist nicht zur Verschlüsselung einer Osteotomie des Sternums als Zugang anzugeben |
| 5-340.a→     | Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, offen chirurgisch                                    |
|              | <b>Inkl.:</b> Destruktion eines Pleuraempyems, Hämatomausräumung                                           |
| 5-340.b→     | Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, thorakoskopisch                                      |
|              | <b>Inkl.:</b> Destruktion eines Pleuraempyems, Hämatomausräumung                                           |
| 5-340.x→     | Sonstige                                                                                                   |
| 5-340.y      | N.n.bez.                                                                                                   |



# Öffentliche Darstellung

A stylized illustration of Lady Justice, the personification of the law. She is depicted as a woman with long hair, wearing a white robe. She holds a pair of golden scales in her raised right hand and a sword in her left hand. The background is a light blue gradient with a faint, repeating pattern of the scales and sword.

## Gedanken zum Begriff „Falsche Abrechnung“

- Bewusste falsche Abrechnung wird bestraft !
- *Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen (§17c KHG)*
- Bis jetzt wurde kein Krankenhaus verurteilt.

# Ergebnisse Deutschland

Frühjahrsumfrage 2008 medinfoweb und  
Krankenhausbarometer Deutsches Krankenhausinstitut  
(DKI)

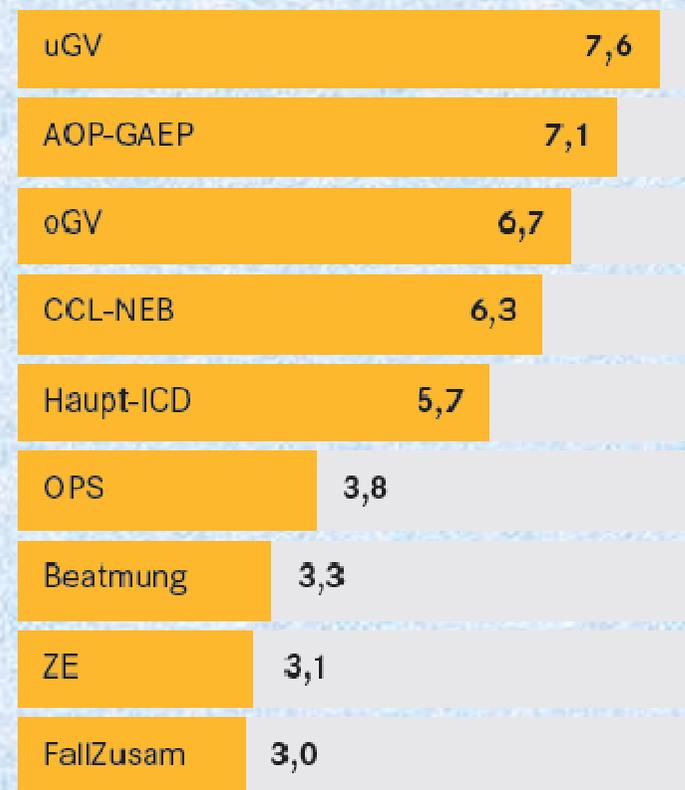
- Prüfquote 10,3 % bis 11 % (je nach Quelle)
- Mit Abstand häufigste Prüfgründe sind Verweildauern

# Ergebnisse Deutschland

Ergebnis der Frühjahrsumfrage  
aus dem Jahr 2008  
(Daten aus 2007)

[www.medinfoweb.de](http://www.medinfoweb.de)

**Grafik 5: Prüfgründe (Rangliste)**

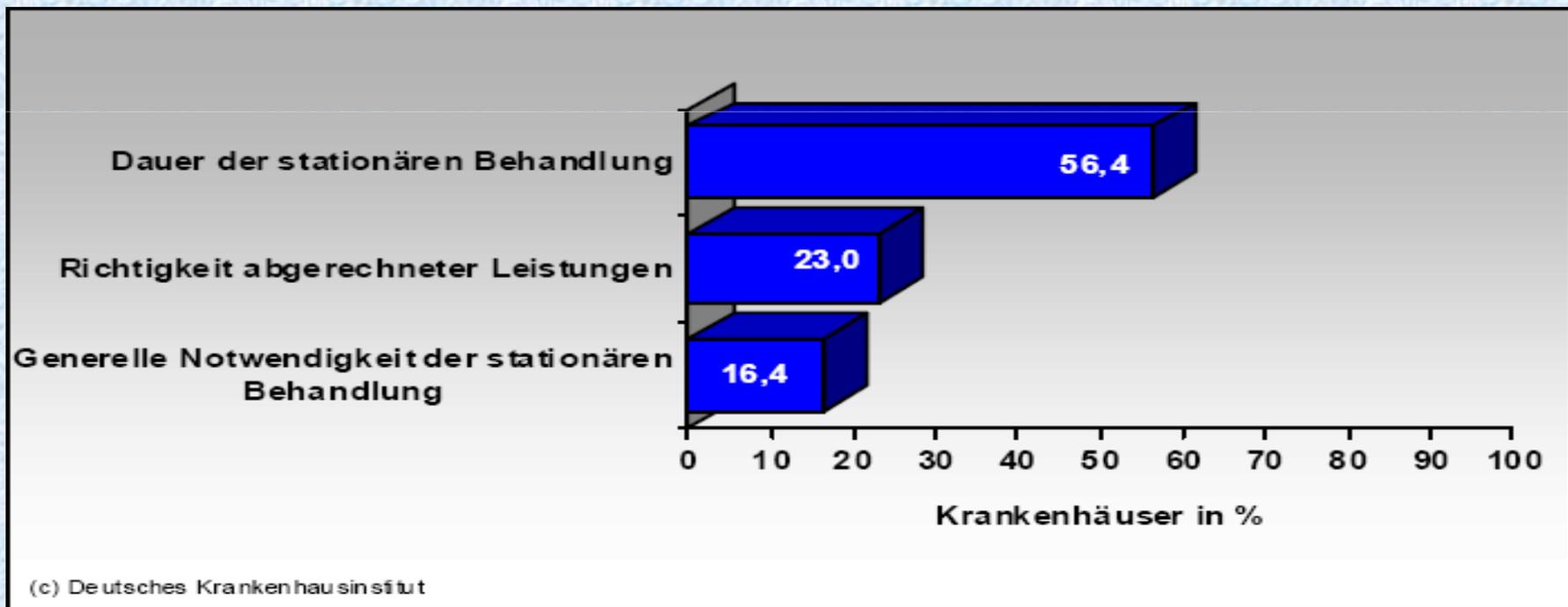


Rangliste der MDK-Prüfgründe 2007

# Ergebnisse Deutschland

Ergebnis des Krankenhausbarometers des Deutschen Krankenhausinstitutes aus dem Jahr 2007

<http://www.dki.de/PDF/Bericht KH Barometer 2008.pdf>



# Ergebnisse Deutschland

## Prüfanlässe

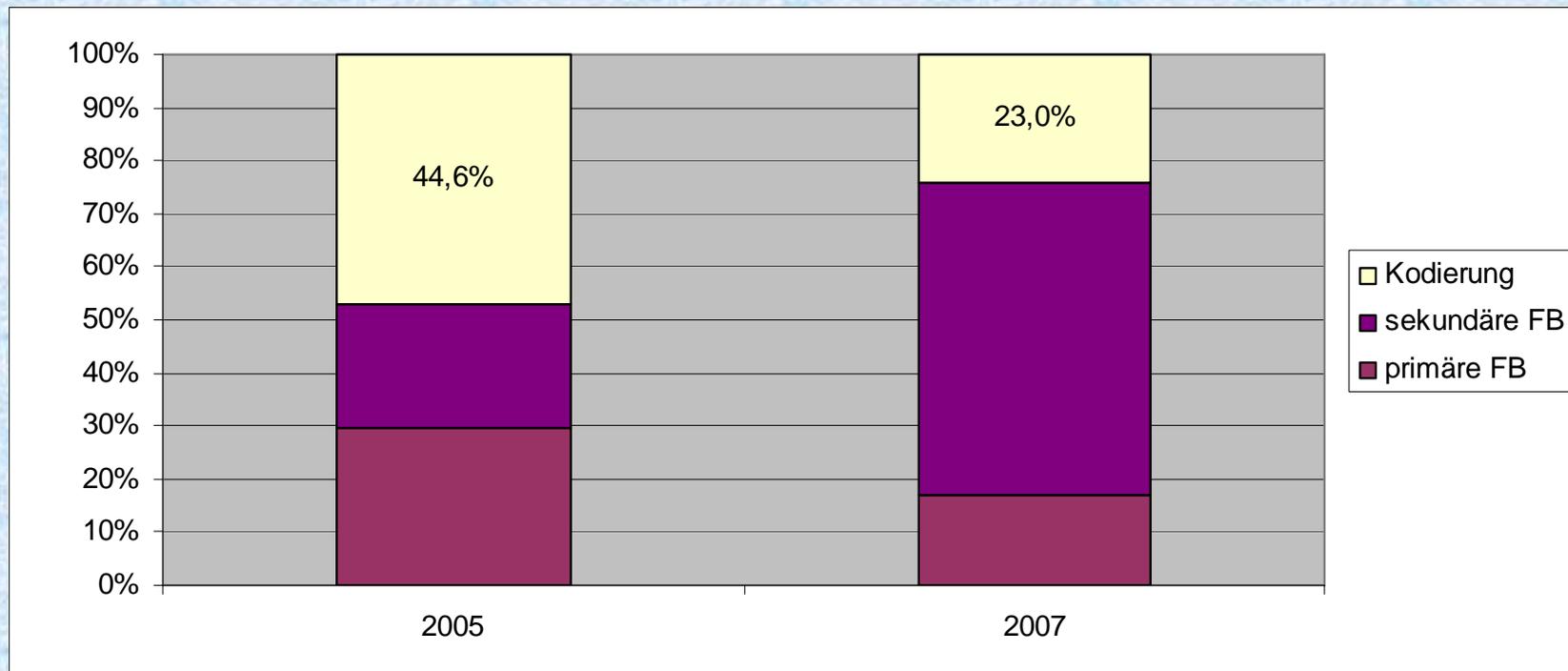
[http://www.dki.de/PDF/Bericht KH Barometer 2008.pdf](http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202008.pdf)

|              | 2005   | 2007   |
|--------------|--------|--------|
| Primäre FB   | 28,4 % | 16,4 % |
| Sekundäre FB | 22,1 % | 56,4 % |
| Kodierung    | 44,6 % | 23,0 % |

# Ergebnisse Deutschland

## Prüfanlässe

[http://www.dki.de/PDF/Bericht KH Barometer 2008.pdf](http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202008.pdf)



# Ergebnisse Deutschland

---

## Verluste durch Rechnungsprüfungen

- 413 Euro lt. medinfoweb
- 470 Euro in BRD lt. MDS
- 781 Euro lt. KKH (2006)
- 1000 Euro in Baden-Württemberg lt. MDK-BW
  
- 607,47 Euro bei Techniker-KK Thüringen (49.550 Prüfungen in 2008) – 15.06.2009

# Ergebnisse Deutschland

## Landesvertretung Thüringen

### Pressemitteilungen

#### Überhöhte Krankenhausabrechnungen aufgedeckt

Erfurt, 15. Juni 2009

Eine Rekordzahl überhöhter Krankenhausabrechnungen stellten die Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Auftrag der Thüringer Krankenkassen im Jahr 2008 fest. Nach Angaben der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse (TK) erwiesen sich bei insgesamt 49.550 begutachteten Rechnungen in 25.459 Fällen (51,4 Prozent) die abgerechneten Fallpauschalen (DRG) als zu hoch beziehungsweise die stationäre Behandlung als gar nicht notwendig. Gegenüber den 23.873 festgestellten Fällen des Jahres 2007 bedeutete dies eine Steigerung um weitere sieben Prozent.

Der Streitwert aus den beanstandeten Rechnungen summierte sich 2008 für alle Krankenkassen auf 30,1 Millionen Euro. Nach endgültiger Feststellung einer Fehlrechnung floss ein Großteil dieser Summe in Form von Rechnungskürzungen oder Gutschriften an die Kassen zurück. Allein die Techniker Krankenkasse konnte so ihre Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung in Thüringen um mehr als 2 Prozent reduzieren.

"Leider belegen die Zahlen eindrucksvoll, dass auch fünf Jahre nach Einführung der Fallpauschalen weiterhin eine intensive Überprüfung der Krankenhausabrechnungen durch den MDK notwendig und wirtschaftlich zwingend geboten ist", so Guido Dressel, Leiter der TK-Landesvertretung.

# Ergebnisse Schwabach

---

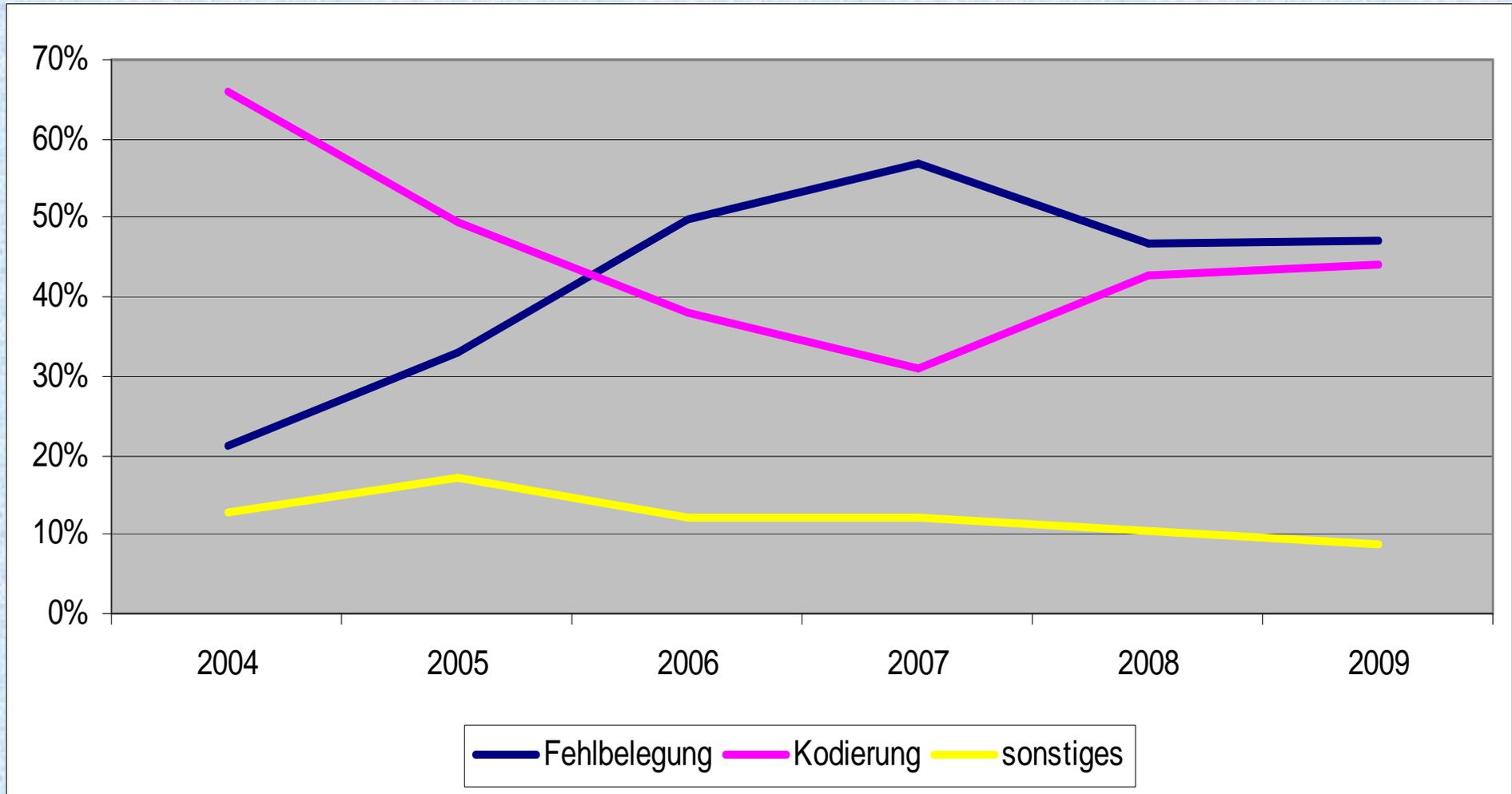
## **Kenndaten**

- Kommunales Haus der Grund- und Regelversorgung
- 180 Betten
- 7.000 stationäre Fälle
- 9.000 ambulante Fälle

# Anfragegründe Schwabach

| Jahr | primäre Fehlbelegung | sekundäre Fehlbelegung | Kodierung | sonstiges |
|------|----------------------|------------------------|-----------|-----------|
| 2004 | 91                   | 43                     | 417       | 80        |
| 2005 | 139                  | 119                    | 387       | 135       |
| 2006 | 202                  | 182                    | 293       | 92        |
| 2007 | 153                  | 218                    | 203       | 79        |
| 2008 | 151                  | 158                    | 283       | 70        |
| 2009 | 31                   | 60                     | 85        | 17        |

# Anfragegründe Schwabach



# Ergebnisse Schwabach

---

| Jahr | Änderung der Kodierung | Primäre FB | Sekundäre FB | Keine |
|------|------------------------|------------|--------------|-------|
| 2004 | 105                    | 3          | 6            | 516   |
| 2005 | 117                    | 22         | 77           | 534   |
| 2006 | 78                     | 34         | 98           | 503   |
| 2007 | 55                     | 29         | 100          | 411   |
| 2008 | 62                     | 6          | 68           | 364   |

# Ergebnisse Schwabach

---

| Entlassjahr | Anzahl | Änderung | Quote |
|-------------|--------|----------|-------|
| 2004        | 650    | 134      | 21 %  |
| 2005        | 806    | 272      | 34 %  |
| 2006        | 796    | 293      | 37 %  |
| 2007        | 673    | 262      | 39 %  |
| 2008        | 534    | 170      | 32 %  |
|             | 3459   | 1131     | 33 %  |

# Ergebnisse Schwabach

---

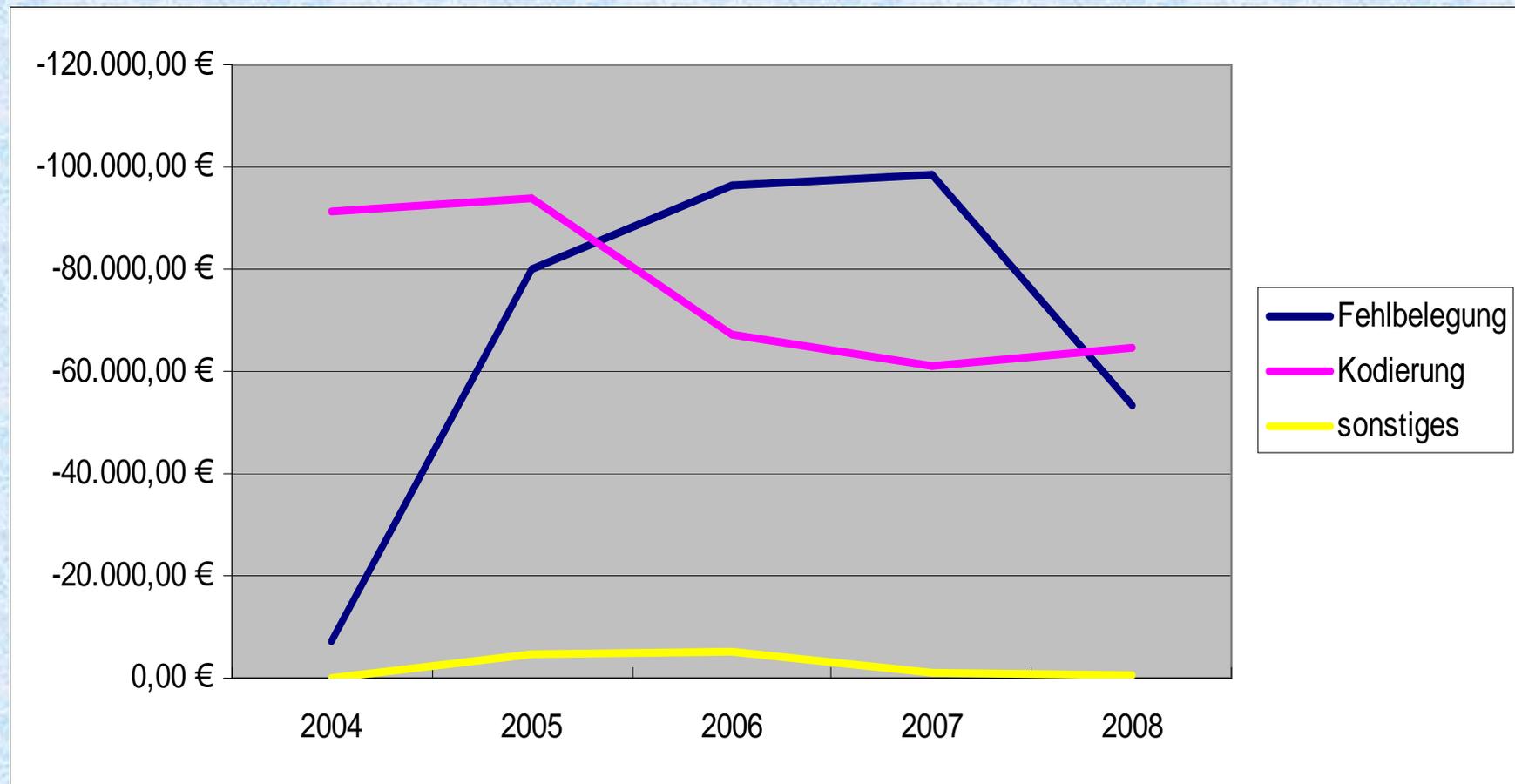
| Entlassjahr  | Durchschnittlicher Verlust |
|--------------|----------------------------|
| 2004         | - 167,39 €                 |
| 2005         | - 256,69 €                 |
| 2006         | - 236,02 €                 |
| 2007         | - 263,76 €                 |
| 2008         | - 234,96 €                 |
| Durchschnitt | - 233,17 €                 |

# Ergebnisse Schwabach

---

| E-Jahr | Fehlbelegung  | Kodierung      | Sonstiges     | Gesamt         |
|--------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| 2004   | - 7.419,67 €  | - 91.063,97 €  | - 10.318,34 € | - 108.801,98€  |
| 2005   | - 79.976,88 € | - 93.944,97 €  | - 32.971,03 € | - 206.892,88 € |
| 2006   | - 96.542,57 € | - 67.311,56 €  | - 24.016,57 € | - 187.870,70€  |
| 2007   | - 99.817,08 € | - 61.036,05 €  | - 16.654,29 € | - 177.507,42€  |
| 2008   | - 53.339,11 € | - 66.769,53 €  | - 5.360,05 €  | - 125.468,69€  |
| Gesamt | -337.095,31 € | - 380.126,08 € | - 89.320,28 € | - 806.541,67 € |

# Ergebnisse Schwabach



# DRGs und Rechnungsprüfung

**Vielen Dank für die Aufmerksamkeit**

