



Gutachten zum
Abrechnungsverhalten
deutscher Krankenhäuser
sowie zu den Aufwendungen
der Krankenhäuser aufgrund
des Abrechnungsverfahrens

4. Oktober 2011

INHALTSVERZEICHNIS

	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	III
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	IV
1	AUFTRAG UND VORGEHENSWEISE	1
1.1	Gegenstand des Auftrags	1
1.1.1	Formelle Beauftragung und Ziele des Gutachtens	1
1.1.2	Abgrenzung des Auftragsgegenstandes	1
1.2	Vorgehensweise und Methodik	2
1.3	Bestandteile des Gutachtens	3
2	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	4
3	WIRTSCHAFTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DES KRANKENHAUSMARKTES SOWIE BESCHREIBUNG DES ABRECHNUNGSSYSTEMS UND DER ABRECHNUNGSPROZESSE	8
3.1	Entwicklung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser	8
3.2	Zukünftige Entwicklung des Krankenhausmarktes	9
3.3	Grundlagen des DRG-Systems	11
3.3.1	Ziele der Einführung des DRG-Systems	13
3.3.2	Grundlagen der Finanzierungssystematik	14
3.3.3	Wesentliche Parameter und Einflussgrößen	15
3.3.4	Beteiligte Institutionen bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen	18
3.3.4.1	Organisationseinheiten im Krankenhaus	18
3.3.4.2	Kostenträger	21
3.3.4.3	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	21
3.3.4.4	Rechtliche Instanzen/Schlichtungswege	22
3.4	Prozesse zur Rechnungserstellung im Krankenhaus	24
3.4.1	DRG-Kodierung	24
3.4.2	Krankenhausinterne Prüfprozesse	26
3.4.3	Rechnungserstellung und -übermittlung an die Kostenträger	28
3.4.4	Potenzielle Fehlerquellen bei der Leistungsabrechnung	29
3.5	Prozesse zur Rechnungsabstimmung mit den Kostenträgern	30
3.5.1	Unbeanstandete Rechnungsbegleichung	30
3.5.2	Beanstandung von Rechnungen ohne Einbeziehung des MDK	30
3.5.3	Beanstandung von Rechnungen unter Einbeziehung des MDK	31
3.5.3.1	Prüfgründe	32
3.5.3.2	Arten von MDK-Prüfungen	45
3.5.3.3	MDK-Aufwandspauschale	46
3.5.3.4	Einigungs- und „Widerspruchsverfahren“	46

4	GANZHEITLICHE BEURTEILUNG DES ABRECHNUNGSVERHALTENS DER KRANKENHÄUSER	48
4.1	Bezugnahme auf die Sichtweise der GKV zum Thema „Falschabrechnung“	48
4.1.1	Der Begriff der „Falschabrechnung“	48
4.1.2	Der hochgerechnete Schaden durch „Falschabrechnung“	48
4.1.3	Die „Unabhängigkeit“ des MDK bei der „Falschabrechnung“	49
4.2	Tatsächliche Gründe für Rechnungskorrekturen.....	51
4.3	Wirkweisen, Anreiz- und Sanktionsmechanismen.....	58
4.4	Wirtschaftliche Konsequenzen der Anrechnungs- und Rechnungsprüfungsprozesse.....	60
5	SCHLUSSBEMERKUNG	64
6	ANLAGEN	65
6.1	Abbildungen Kapitel 3.2 zum Thema Ärztemangel	65
6.2	Rechtliche Grundlagen	65
6.2.1	Sozialgesetzbuch V (SGB V).....	66
6.2.2	Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)	74
6.2.3	Bundespfllegesatzverordnung (BPfIV)	85
6.2.4	Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)	85
7	QUELLENVERZEICHNIS.....	98

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Rückläufer nach Krankenhausgröße	3
Abb. 2: Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2011	11
Abb. 3: Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2011, Anlage 5: Zusatzentgelte-Katalog	13
Abb. 4: Berechnungsbeispiel zum Erlösbudget	15
Abb. 5: Effekte der Komorbiditäten am Bsp. der Basis-DRG E05	16
Abb. 6: Effekte der Verweildauerabschläge am Bsp. der DRG O60D	17
Abb. 7: Effekte der Verweildauerzuschläge am Bsp. der DRG A02Z	17
Abb. 8: Effekte der Komplexbehandlungen am Bsp. der Basis-DRG B70	18
Abb. 9: Beteiligte am gesamten Abrechnungsprozess	19
Abb. 10: Beteiligte an der Abrechnung des Behandlungsfalles (rote Darstellung) versus Bearbeitung von Fragen, Beanstandungen und Widersprüchen (grüne Darstellung)	19
Abb. 11: Ergebnis der MDK-Prüfungen 2010 gem. der Frühjahrsumfrage 2011 von medinfoweb.de et.al.	30
Abb. 12: MDK-Prüfgründe 2010 (Angaben in %)	33
Abb. 13: Prüfgründe „zugunsten Kostenträger“ 2010, 2009, 2007 und 2006 im Vergleich	34
Abb. 14: Prüfgründe 2010 und 2009 im Vergleich	35
Abb. 15: Auszug aus der FPV 2011 zum Beispiel Abschläge infolge der Unterschreitung der Untere Grenzverweildauer	38
Abb. 16: Verteilung der MDK-Prüfgründe	56
Abb. 17: MDK-Zahlen zur Einzelfallprüfung	61
Abb. 18: Personalbindung externe und inhouse MDK-Prüfungen nach Krankenhausgröße	62
Abb. 19: Personalbindungsminuten im Krankenhaus aufgrund von MDK-Fallprüfungen	62
Abb. 20: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser 2006-2010	65
Abb. 21: Prognose des Ärztemangels bis 2019	65

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AEP	Appropriate evaluation protocol (Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit der stationären Behandlung)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BDO	BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
BKK	Betriebskrankenkassen
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
DGfM	Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling
d. h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Groups
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
EUR	Euro
FoKA	Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
ggf.	gegebenenfalls
ggü.	gegenüber
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
i. d. R.	in der Regel
i. H. v.	in Höhe von
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IKK	Innungskrankenkassen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MDA	Medizinische Dokumentations-Assistenten
MDC	Major Diagnostic Categories
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Mio.	Millionen
Nr.	Nummer
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung

rd.	rund
s. o.	siehe oben
SEG	Sozialmedizinischen Expertengruppe
SGB V	Sozialgesetzbuch V
sog.	sogenannte
StGB	Strafgesetzbuch
TIA	Transitorische ischämische Attacke
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
VdEK	Verband der Ersatzkrankenkassen
vgl.	vergleiche
VK	Vollkräfte
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

1 AUFTRAG UND VORGEHENSWEISE

1.1 Gegenstand des Auftrags

1.1.1 Formelle Beauftragung und Ziele des Gutachtens

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (im Folgenden „DKG“ genannt) hat die BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (im Folgenden „BDO“ genannt) mit Schreiben vom 11. Juli 2011 mit der Erstellung eines Gutachtens zum „Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser“ beauftragt.

Aktuell wird in der Öffentlichkeit eine Diskussion über verbreitete Falschabrechnungen im Zuge der Rechnungslegung der Krankenhäuser für die Erbringung stationärer Krankenhausleistungen (abgebildet durch DRG-Fallpauschalen) geführt (vergl. z. B. *ARD-Magazin „Monitor“* Nr. 621 vom 16.6.2011, *Die Zeit* „Korrupte Ärzte und Pharma-Vertreter kosten Kassen Milliarden“ vom 27.5.2011, *Bundesrechnungshof* „Falsche Krankenhausrechnungen belasten die GKV mit 875 Mio. EUR“ vom 6.6.2011). Im Zuge der Berichterstattung wird der Öffentlichkeit hierbei nach Auffassung der DKG ein falsches Bild des Abrechnungsgeschehens vermittelt.

Ziel der Gutachtenerstellung durch BDO ist es, ein umfassenderes, differenzierteres Bild der Abrechnungsgegebenheiten zu befördern, welches

- politischen Entscheidern sowie der interessierten Öffentlichkeit in verständlicher Form die Komplexität des Abrechnungsverfahrens nahebringt,
- dem Generalverdacht der Falschabrechnung auf Grundlage der Daten der „Frühjahrs-umfrage 2011 - MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern“ entgegenwirkt,
- Verständnis für Wahlfreiheiten im Zuge der Leistungsabrechnung schafft sowie
- die hohen Aufwendungen, welche die Krankenhäuser im Zuge der Auseinandersetzung mit dem MDK/den Kostenträgern aufbringen müssen, verdeutlicht.

1.1.2 Abgrenzung des Auftragsgegenstandes

Die Untersuchung des Abrechnungsverhaltens der Krankenhäuser bezieht sich ausschließlich auf die stationäre Leistungsabrechnung gemäß DRG-Systematik. Ausdrücklich von der Betrachtung ausgeschlossen werden folglich insbesondere

- die Leistungsabrechnung der Ermächtigungsambulanzen sowie
- die Leistungsabrechnung im Rahmen von Medizinischen Versorgungszentren und
- bspw. die Abrechnung von Wahlleistungen.

Darüber hinaus ist der Komplex zur Vergütung psychiatrischer Leistungen, geregelt über die Bundespflegesatzverordnung (BpflV), nicht Gegenstand des Auftrages.

Weiterhin erfolgt keine rechtliche Würdigung der Regeln und Gesetze, die auf das Abrechnungssystem Anwendung finden.

1.2 Vorgehensweise und Methodik

Aufgrund der zunehmenden Thematisierung von mutmaßlichen Falschabrechnungen in Krankenhäusern soll im ersten Schritt durch Auswertung und Interpretation öffentlich zugänglicher Analysen und Studien eine neutrale und umfassende Informationsbasis geschaffen werden zur Darstellung

- der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauswesens in seiner Entwicklung,
- der Spezifitäten des DRG-Abrechnungssystems und
- den damit zusammenhängenden krankenhausinternen Prozessen und Ressourcenaufwendungen.

BDO nimmt eine verständliche Beschreibung des DRG-Abrechnungssystems vor. Hierzu wird ebenfalls kurz auf die geschichtliche Entwicklung des Systems eingegangen. Weiterhin werden die Bestimmungsfaktoren bei der Bildung der Fallpauschalen verständlich erläutert. Insbesondere wird auf die Gestaltungsspielräume im Zuge des Abrechnungsverfahrens eingegangen. Hierzu werden beispielhafte Fallkonstellationen aufgezeigt, die verschiedene Kodierungs- und Abrechnungsoptionen bieten.

Zur möglichst umfassenden Beschreibung der Situation in den Krankenhäusern hat BDO eine aktuelle Umfrage initiiert, welche zunächst ausgewählte Krankenhäuser unterschiedlichster Strukturen, Versorgungsstufen und Trägerschaften aufforderte, Daten zur Verfügung zu stellen, um die interne wirtschaftliche und personelle Entwicklung in den Krankenhäusern mit Fokus auf Abrechnungsmodalitäten und MDK-Prüfungen im Zeitverlauf zu analysieren. Im Wesentlichen existieren derartige Daten bereits durch die sogenannte „Frühjahrsumfrage“ zum Thema „MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern“ des Portals medinfoweb.de. Die BDO-Umfrage diente einem höheren Detaillierungsgrad und somit der Darstellung von Ressourcenbindung und organisatorischen Zwängen durch DRG-Abrechnung und MDK-Prüfungen. Es handelt sich bei der Erhebung um eine repräsentative Umfrage. Die Anzahl an Rückläufern i. H. v. 138 ausgefüllten Fragebögen lässt aussagekräftige Rückschlüsse auf die Entwicklung auf Seiten der Krankenhäuser zu (vgl. Abb. 1). Vertreten sind Krankenhäuser aller Größenklassen, insbesondere auch acht Universitätsklinika. Dies entspricht einem Anteil von 8 % der deutschen Krankenhäuser sowie 25 % der Universitätsklinika. Die Grundgesamtheit der Erhebung erstreckt sich mit einer Ausnahme (Hamburg) über alle Bundesländer.

Ein besonderes Augenmerk in der Befragung liegt auf der Auseinandersetzung mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (im Folgenden „MDK“) (Aufwand durch MDK-Management). Aufgrund der Ergebnisse wird eine Ableitung für die Gesamtaufwendungen der Krankenhäuser in Deutschland erstellt (bspw. mit Hilfe der Übertragung der durchschnittlichen Personalbindung je Prüffall und der Fallzahlen multipliziert mit der mittleren Prüfquote laut Befragung).

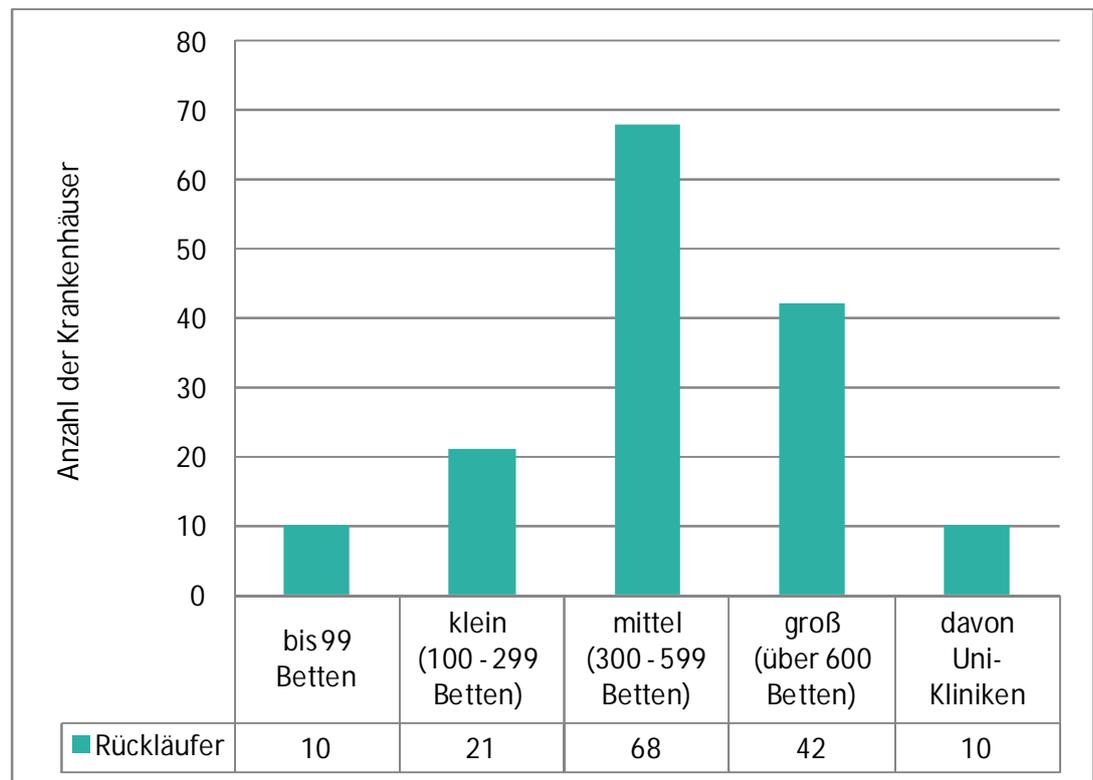


Abb. 1: Rückläufer nach Krankenhausgröße

1.3 Bestandteile des Gutachtens

Wesentlicher Bestandteil des vorliegenden Gutachtens soll eine allgemeinverständliche Beschreibung der Ausgangssituation und der Systematik hinsichtlich der Abrechnung und deren Prüfung im Krankenhaus sein. Hierzu erfolgt in Kapitel 3 zunächst die Beschreibung der wirtschaftlichen Ausgangslage deutscher Krankenhäuser gefolgt von einer Darstellung des Abrechnungssystems nach DRG-Fallpauschalen und die Einflussgrößen auf die Erlösbemessung und mögliche Fehlerquellen im Kontext der Krankenhausorganisation. Im Folgenden wird dann auf den Rechnungsprüfprozess durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingegangen und die verschiedenen Prüfgründe werden erörtert.

Durch die gutachterliche und unabhängige Sichtweise soll der Öffentlichkeit eine umfassende Darstellung der Situation, deren Konfliktpunkte und vorgesehenen Spielräume im DRG-Abrechnungssystem gegeben werden. Hierzu wird in Kapitel 4 der Begriff der „Falschabrechnung“ vor dem Hintergrund dieser Spielräume relativiert und bestehende Anreiz- und Sanktionsmechanismen für Krankenhäuser, Krankenkassen und MDK aufgezeigt. Besondere Bedeutung kommt der Betrachtung der wirtschaftlichen Konsequenzen für die Prüfinstitution MDK und die zu prüfenden Krankenhäuser mit Blick auf die systembedingten Bürokratiekosten zu (vgl. Kapitel 4.4).

2 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die Aussagen und Veröffentlichungen der Kostenträger und des MDK zum Thema „Falschabrechnung im Krankenhaus“ sind sachlich falsch

Die derzeitigen Veröffentlichungen des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Krankenkassen und des MDK zum Thema „Falschabrechnungen in Krankenhäusern“ sind interessengesteuert und lassen bewusst entscheidende und systembedingte Mechanismen außer Acht.

Der Begriff der „Falschabrechnung“ suggeriert der Öffentlichkeit das Bild von durchgängigen Betrugsversuchen seitens der Krankenhäuser. Die mit diesem Begriff medial platzierten Daten und Beiträge zu nachträglichen Rechnungskorrekturen sind jedoch mit dem Begriff der Falschabrechnung im Sinne einer eigentlichen dolosen Handlung nicht vereinbar.

Hierbei machen es sich die oben genannten Institutionen zu Nutze, dass nur „Systemkenner“ die hinter den Rechnungskorrekturen stehenden Wirkweisen und Mechanismen verstehen und auch richtig einordnen können.

Bei der GKV und dem MDK handelt es sich zweifelsfrei um „Systemkenner“. Insofern können die medial platzierten Aussagen nicht durch Missverständnisse und Fehlinterpretationen zustande gekommen sein, sondern es handelt sich um bewußte und gezielte Äußerungen.

Der das Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser kritisierende Bundesrechnungshof hingegen kann in diesem Zusammenhang nicht als „Systemkenner“ bezeichnet werden, da ansonsten die vorliegenden Fakten zu einer anderen Interpretation geführt haben würden.

Der MDK ist nicht unabhängig und verursacht einen immensen Aufwand auf Seiten der Krankenhäuser

Die Rolle des MDK bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen kann nicht als die eines neutralen Gutachters bezeichnet werden. Der MDK wird durch die Kostenträger finanziert. Dementsprechend kann der MDK als ein Instrument zur Durchsetzung der Interessen der GKV angesehen werden. Hier besteht unserer Einschätzung nach eine systembedingte Schiefelage zu Lasten der Krankenhäuser.

Um dieser Asymmetrie zu begegnen, waren die Krankenhäuser in den letzten Jahren gezwungen, ein Gegengewicht zum MDK und dessen Prüfverfahren aufzubauen. So sind seit der Einführung des DRG-Systems neue Berufsbilder entstanden (Medizin-Controller, Kodierfachkräfte, Casemanager), die in ihrer quantitativen Ausgestaltung laut der BDO-Umfrage hochgerechnet auf alle Krankenhäuser rund 13.700 Vollkräfte umfassen (basierend auf einer einfachen Hochrechnung der angegebenen mittleren Personalkosten sowie der genannten Personalbesetzung in den durch BDO befragten Krankenhäusern).

Hierdurch entstehen jährlich rund 700 Millionen EUR Kosten, was statistisch den Aufwendungen für die Behandlung von rund 190.000 stationären Patienten entspricht.

Die meisten Rechnungskorrekturen entstehen durch die Nicht- anerkennung tatsächlich erbrachter Leistungen

Den veröffentlichten Hochrechnungen zu dem angeblichen Schaden durch die „Falschabrechnungen“ liegen zum Teil nicht zutreffende Prämissen zugrunde. Es ist davon auszugehen, dass sämtliche Rechnungen in einem mehrstufigen Verfahren zunächst auf Auffälligkeiten plausibilisiert und dann tiefergehend geprüft werden. Insgesamt werden rund 4 % der Krankenhausrechnungen nachträglich korrigiert, wobei system- und auch z. T. verhandlungsbedingt nur ein Bruchteil dieser Rechnungen überhaupt ein Potenzial für eine echte Falschabrechnung bietet.

Der mit Abstand größte Teil der nachträglichen Rechnungskorrekturen ist bedingt durch interessengesteuerte, unterschiedliche medizinische Auffassungen zwischen den Krankenhäusern und dem MDK. Den divergierenden Auffassungen liegen jedoch immer tatsächlich durch die Krankenhäuser erbrachte Leistungen zugrunde, so dass es sich hier nicht um Falschabrechnungen handeln kann.

Legale Wahlmöglichkeiten

Das hier vorliegende Gutachten zeigt auf, dass viele legale Wahlmöglichkeiten als Bestandteil des Abrechnungssystems bestehen. Dabei ist es verständlich und legitim, dass der Leistungserbringer bei Wahlmöglichkeiten die Alternative mit dem höheren Erlös aus sucht. Ebenso nachvollziehbar ist es, dass die Kostenträger jeweils die Alternative mit den geringstmöglichen Kosten durchsetzen möchten. Welche der beiden hier um die richtige Rechnungshöhe streitenden Parteien sich am Ende durchsetzt, ist abhängig von vielen - zum Teil auch persönlichen - Faktoren. Den Versuch eines Abrechnungsbetrugs stellt jedoch die Rechnung der Krankenhäuser nicht dar.

Betrachtungszeitpunkt

Oftmals entscheidend, aber in der derzeitigen öffentlichen Diskussion vernachlässigt, ist die jeweilige Betrachtungsperspektive und vor allem der Betrachtungszeitpunkt. Im Falle des häufigen Streites um die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung hat der MDK nach Entlassung des Patienten sämtliche entscheidungsrelevanten Informationen vorliegen. Der Krankenhausarzt, der vor der Entscheidung steht, ob z. B. ein Patient aufgenommen werden muss oder nicht, hat zum Zeitpunkt dieser Entscheidung zumeist nicht dieses Wissen. Während der MDK mit seiner Entscheidung, dass der Patient ex post betrachtet z. B. gar keiner stationären Behandlung bedurft hätte, kein Risiko eingeht (der Patient ist bereits behandelt und entlassen) und ausschließlich das Kostenminimierungsgebot der Kostenträger als Ziel verfolgt, stellt sich die Sachlage beim Krankenhausarzt anders dar. Vor dem Hintergrund des Haftungsrechts und auch moralisch-ethischer Fragestellungen ist es klar, dass auch nur bei geringem Zweifel am Gesundheitszustand des Patienten eine stationäre Aufnahme erfolgen muss. Die Folgen für Kosten und Erlöse dürfen hierbei keine Rolle spielen. Obwohl orientiert an primär dem Patientenwohl dienenden Zielen wird auch in diesen Fällen dem Krankenhaus durch den Begriff „Falschabrechnung“ ein Betrugsversuch seitens der Kostenträger unterstellt, wenn das Kranken-

haus den tatsächlich angefallenen Patientenaufenthalt in Rechnung stellt. Zu betonen ist, dass es sich hierbei nicht um Ausnahmefälle handelt. Die ex-post-Prüfung der Verweildauer und der stationären Behandlungsnotwendigkeit bilden über 60 % der Prüfgründe des MDK aus dem Jahr 2010 ab.

Komplexes Abrechnungssystem

Das DRG-System ist das komplexeste Abrechnungssystem eines deutschen Wirtschaftszweiges. Medizinische Leistungen in Krankenhäusern müssen zu Abrechnungszwecken mit der vollständigen und korrekten Auswahl aus 13.275 Diagnose- und 25.500 Prozedurenschlüsseln abgebildet werden. Darüber hinaus sind in vielen Fällen auf das Milligramm genaue Angaben zu verabreichten Medikamenten, die stundengenaue Erfassung von Beatmungszeiten bei schwerstkranken Patienten und der Nachweis über die Prüfung der Ausschlusskriterien bei ambulant möglichen Operationen erforderlich. Das Abrechnungssystem hat einen Komplexitätsgrad erreicht, der nur von Systemkennern zu beherrschen ist. Die Letztverantwortung für die richtige und vollständige Auswahl der Abrechnungsschlüssel liegt aber beim behandelnden Arzt. Die Hochschulausbildung der Ärzte sieht Kenntnisse des deutschen Abrechnungswesens nicht vor, dennoch wird von ihnen mit Abschluss des Studiums erwartet, sehr gute Mediziner und gleichzeitig Experten in der abrechnungskonformen Codierung zu sein. Viele Krankenhäuser haben erkannt, dass dies nicht möglich ist und beschäftigen für diesen Bereich daher Medizincontroller, Kodierfachkräfte oder Casemanager.

Güte der abrechnungsrelevanten Dokumentation

Derzeit gibt es in vielen Krankenhäusern bezogen auf die abrechnungsrelevante Dokumentation Versäumnisse in der Form, dass erbrachte Leistungen oder abrechnungsrelevante medizinische Sachverhalte nicht ausreichend dokumentiert werden. Ausschlaggebend hierfür ist ein nicht unerheblicher Zeitmangel - vor allem im Ärztlichen Dienst - und zukünftig noch vermehrt im Pflegedienst. Bereits heute sind laut BDO-Umfrage 4 % der Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt. Dies entspricht etwa 5.500 Vollzeitstellen. Eine Kompensation dieser nicht verfügbaren Arbeitskraft kann nur unter Vernachlässigung anderweitiger Aufgaben erfolgen. In vielen Fällen leidet die Dokumentation. Auch wenn dies nicht ein Problem ist, welches die Kostenträger betrifft, darf dieser sich zukünftig verschärfende Sachverhalt nicht unterschätzt werden. Arbeitsverdichtung, Überlastung, zunehmende Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit der Patienten belasten das Krankenhauspersonal. Fehlende, unpräzise oder nicht in der vom MDK gewünschten Detailtiefe geführte Patientenakten sind häufig Anlass, vom Krankenhaus erbrachte Leistungen aufgrund von Dokumentationsmängeln von der Rechnung zu kürzen.

Zu den beiden letztgenannten Punkten der Komplexität und der Dokumentationsqualität ist weiterhin anzumerken, dass viele Abrechnungen aus den hier genannten Gründen deutlich zu niedrig gestellt werden, was jedoch in den aktuellen Diskussionen völlig außer acht gelassen wird.

Echte Falschabrechnung

Echte Falschabrechnungen können zwar grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden, jedoch kann es sich dann nur um die Inrechnungstellung von nicht erbrachten Leistungen

oder um die forensisch mehr als bedenkliche Fälschung der medizinischen Dokumentation (abrechnungsorientierte Behandlung) handeln. An dieser Stelle wirkt jedoch die Organisation der Rechnungsstellung im Krankenhaus dagegen. Die BDO-Umfrage hat ergeben, dass eine Rechnungsstellung nur mithilfe von in der Regel drei bis vier krankenhausesinternen Abteilungen erfolgt. Sowohl der Ärztliche Dienst einer Fachabteilung als auch Kodierfachkräfte und/oder Medizin-Controller und zusätzlich die Patientenverwaltung sind an der Abrechnung beteiligt. In diesen Abteilungen arbeiten jeweils unterschiedlich viele Mitarbeiter, so dass der Kreis der „Mitwisser“ für systematische betrügerische Handlungen prinzipiell zu groß ist. Das Vier-Augen-Prinzip greift an mehreren Stellen. Das Risiko, dass der Betrugsversuch intern durch die „Mitwisser“ und/oder extern durch die Prüfungen des MDK aufgedeckt wird, ist somit sehr groß. Vor dem Hintergrund, dass die am Betrugsversuch beteiligten Mitarbeiter nicht persönlich profitieren, kann ein systematischer Betrug als unwahrscheinlich angesehen werden. Für die nicht gänzlich auszuschließende Restgröße tatsächlicher Betrugsversuche ist zu betonen, dass es für diese Art des Betrugs bereits einschlägige Sanktionsmaßnahmen gibt.

Die Forderungen nach einer symmetrischen Aufwandspauschale sind unbegründet und systemschädlich

Der Spitzenverband der GKV fordert als Rückschluss zu den veröffentlichten Äußerungen die Einführung der symmetrischen Aufwandspauschale als Strafe für eine Falschabrechnung. Dies würde jedoch eine doppelte Bestrafung der Krankenhäuser bedeuten, die aufgrund von medizinischen Meinungsverschiedenheiten mit dem MDK bereits nicht den kompletten Betrag für tatsächlich erbrachte Leistungen erstattet bekommen und nun zusätzlich dafür noch eine Gebühr entrichten sollen.

Die Einführung der symmetrischen Aufwandspauschale hätte zur Folge, dass die Prüfungsaktivitäten des MDK sich ausweiten würden. Hierdurch erhöht sich dementsprechend der Aufwand auf der Krankenseite. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die Prüfinhalte sich zunehmend auf die Betrachtung medizinischer Ermessensspielräume konzentrieren werden, wobei die Qualität der Patientenbehandlung aufgrund der ex-post-Betrachtung und der bereits erbrachten Leistungen in dieser Diskussion keine Rolle mehr spielt. Hierbei geht es ausschließlich um ökonomische Interessen, was nicht im Sinne des Systems sein darf.

Der Nutzen und die Angemessenheit des von der GKV gewünschten Anreizes erschließt sich daher für uns nicht. Unserer Auffassung nach sind neue Anreizmechanismen nicht erforderlich. Vielmehr müssen vernünftige und standardisierte Vorgehensweisen bei der Prüfung an sich und vor allem für die sich anschließenden „Verhandlungen“ geschaffen werden.

3 WIRTSCHAFTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DES KRANKENHAUSMARKTES SOWIE BESCHREIBUNG DES ABRECHNUNGSSYSTEMS UND DER ABRECHNUNGSPROZESSE

3.1 Entwicklung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser

Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Deutschland ist als zunehmend schwierig zu bezeichnen, da die jährlichen Kostenanstiege nicht durch entsprechende Umsatzerhöhungen ausgeglichen werden. Dies führt zu einem Abschmelzen eventuell vorhandener Überschüsse bei den Krankenhäusern bzw. zu einer Erhöhung bereits existierender Verluste. Diese Auswirkungen sind bspw. an dem z. T. hohen Investitionsstau an den Krankenhäusern ersichtlich, da an Investitionen oftmals zwangsläufig gespart werden muss. Grundsätzlich erfolgt zwar die Investitionsfinanzierung im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung¹, zukünftig wird jedoch ein höherer Eigenanteil der Krankenhäuser erforderlich sein, da die Investitionsfinanzierung durch die Länder seit längerer Zeit rückläufig ist und den bestehenden Investitionsbedarf nicht decken kann.

Betriebswirtschaftliche Optionen zur Verbesserung der Situation sind aus der individuellen Sicht des einzelnen Krankenhauses oftmals bereits ausgeschöpft. Umsatzerhöhungen der Krankenhäuser im stationären Bereich sind im bestehenden Entgeltsystem nur sehr eingeschränkt zu erzielen, da diesem - anders als in der freien Wirtschaft, wie z. B. der Industrie - systemimmanente Restriktionen entgegenstehen, welche die wirtschaftliche Erbringung zusätzlicher Leistungen erheblich erschweren. Erzielte Mehrerlöse werden in der bestehenden Systematik und unter den vorgegebenen Ausgleichsmechanismen nicht adäquat refinanziert. Gleichzeitig ist dabei zu berücksichtigen, dass zusätzliche Fallzahlen (und hierdurch zusätzliche Erlöse) einen zusätzlichen Ressourcenverbrauch - und somit Kosten - induzieren (Personaleinsatz, Sachbedarf). Weiterhin ist zu bedenken, dass Fallzahlen und damit einhergehend die Erlöse aufgrund von regionalen Marktgegebenheiten (Krankenhauswettbewerbssituation) und Bevölkerungsstrukturen (Bevölkerungsgröße im Einzugsgebiet, Altersstruktur der Bevölkerung) nur bedingt gesteigert werden können.

Aufgrund der skizzierten betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten sind die Krankenhäuser zwingend zu einer kritischen Analyse sämtlicher Wirtschaftlichkeitspotenziale auf Erlös- und Kostenseite angewiesen, wenn sie unter den zunehmend schwierigen Rahmenbedingungen ihren Fortbestand sichern wollen. Hierzu gehört im Zuge einer verantwortlichen und wirtschaftlichen Betriebsführung auch eine aufwandsgerechte Abrechnung der tatsächlich erbrachten stationären Leistungen im Rahmen der durch das DRG-System gegebenen Abrechnungswahlmöglichkeiten. Dort, wo aufgrund der Abrechnungsregeln des DRG-Systems legale Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten existieren, welche einen Einfluss auf die Höhe der Leistungsvergütung haben, müssen diese auf Basis der tatsächlich er-

¹ Duale Krankenhausfinanzierung: Die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser erfolgt durch die Kostenträger (GKV, PKV, Selbstzahler, etc.); Investitionen sollen durch die Länder getragen werden.

brachten Leistungen sowie der Abrechnungsregeln erlösgerecht genutzt werden, um den skizzierten Bedingungen, unter denen Krankenhäuser in Deutschland zur wirtschaftlichen Leistungserbringung gezwungen sind, gerecht werden zu können.

Die Nutzung von Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten dient dabei nicht der Gewinnmaximierung vor dem Hintergrund möglichst hoher Ausschüttungen an die Anteilseigner. Etwa 68 % der deutschen Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher bzw. freigemeinnütziger Trägerschaft, was dies grundsätzlich ausschließt. Es geht vielmehr darum, dass jedes Krankenhaus aufgrund des extern einwirkenden wirtschaftlichen Drucks gezwungen ist, etwaige Wahlmöglichkeiten zu nutzen. Unstrittig ist, dass dies nur im Rahmen der legalen Möglichkeiten erfolgen darf. Es muss sichergestellt sein, dass die geleisteten Behandlungsaufwendungen im Rahmen legaler Abrechnungsregeln vollumfänglich vergütet werden, da die Krankenhäuser einen Rechtsanspruch in Höhe dieser Finanzierungsforderung besitzen.

3.2 Zukünftige Entwicklung des Krankenhausmarktes

Nach allgemeiner Prognose wird sich die wirtschaftliche Situation deutscher Krankenhäuser in den nächsten Jahren weiter verschlechtern. Hierfür ist eine Reihe von Faktoren verantwortlich.

Die mittleren Personalkosten im Bereich der mit patientennahen Tätigkeiten betrauten Arbeitskräfte im Krankensektor (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Medizinisch-technischer Dienst, Funktionsdienst) werden weiter steigen. Aufgrund des bereits heute in einigen Bereichen (vor allem dem Ärztlichen Dienst, aber auch zunehmend im Bereich des Pflegedienstes) erkennbaren Personalmangels wird die arbeitnehmerseitige Verhandlungsposition mit Blick auf Tarifverhandlungen gestärkt und es ist daher prospektiv mit deutlichen Tarifsteigerungen zu rechnen.

Einige Krankenhäuser sind bereits derzeit gezwungen, übertarifliche Gehälter zu zahlen, da ansonsten die Stellen nicht besetzt werden könnten. Im Durchschnitt der befragten Krankenhäuser wird der Anteil der nicht besetzten Stellen im Ärztlichen Dienst mit ca. 4 % angegeben. Bezogen auf die Anzahl der 2010 in deutschen Krankenhäusern beschäftigten Ärzte entspricht dies im Ergebnis einem Forschungsgutachten des DKI (siehe hierzu auch die Abbildungen in den Anlagen unter Kapitel 6.1).

Zusätzlichen Druck auf die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten löst die demographische Entwicklung aus, die aufgrund einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung zu einer höheren Anzahl von (stationären) Krankenhausbehandlungsfällen führen wird. Dies kann weitere negative Rückwirkungen auf die Attraktivität des „Arbeitsplatzes Krankenhaus“ haben, da durch morbidere Patienten die Arbeitsbelastung zunimmt. Weiterhin werden sich bei einer steigenden Anzahl von Behandlungsfällen die variablen und sprungfixen Kosten der Krankenhäuser (Sachkosten und Personalkosten) aufgrund der dann höheren Patientenzahl erhöhen (z. B. wegen höherer Verbrauchsmengen im Bereich des medizinischen Sachbedarfs, wie Medikamenten etc.).

Der medizinische Fortschritt (neue Behandlungsmethoden, Einsatz neuer Medikamente) wird ebenfalls zu weiteren Kostensteigerungen beitragen, da deren Refinanzierung durch

das DRG-System erst mit einem gewissen Zeitversatz vorgesehen ist². Die Vorfinanzierung neuer Ansätze und Methoden in der Patientenbehandlung erfolgt daher primär durch die Krankenhäuser. Weiterhin ist davon auszugehen, dass der Einzug neuer Behandlungsmethoden in das Behandlungsspektrum der Krankenhäuser hinsichtlich deren Finanzierung im Wesentlichen zu einer Umverteilung von Erlösen führen wird. Eine Erhöhung der Gesamterlöse über alle Leistungen im Krankenhaus hinweg ist hingegen nicht in größerem Umfang zu erwarten, da im § 10 KHEntgG das Ziel der Beitragsatzstabilität umgesetzt wird.

Mehreinnahmen für die Krankenhäuser, bspw. durch ein erhöhtes GKV-Finanzvolumen, sind aktuell nicht abzusehen, so dass die Herausforderung der nächsten Jahre vorwiegend in der Beherrschung der Kostensituation liegen wird. Hier sind - wie bereits in der jüngeren Vergangenheit - erhebliche Anstrengungen zu unternehmen, um die existierenden Prozesse in den Krankenhäusern - wo noch möglich - weiter zu verschlanken.

Vor dem Hintergrund dieser angespannten Zukunftsperspektive ist die Erlössicherung im Zuge der Abrechnungsregeln und auf Basis der tatsächlichen Leistungserbringung aus betriebswirtschaftlicher Sicht unabdingbar. Bestehende legale und leistungsinduzierte Gestaltungs- und Wahlmöglichkeiten ungenutzt zu lassen, wäre aus Sicht des Krankenhausmanagements schon als wirtschaftlich fahrlässig zu bezeichnen. Im Gesundheitswesen liegen wie in anderen Wirtschaftssektoren gewisse Marktverhältnisse vor, welchen rechtliche Grenzen gesetzt sind. Innerhalb dieser Grenzen jedoch ist es die Pflicht eines jeden Krankenhauses, eine für sich optimale Marktstellung unter Nutzung der gegebenen Möglichkeiten und sich stetig verändernden Anforderungen herzustellen.

² Die Höhe der Abrechnung im DRG-System basiert auf jeweils „historischen“ Kalkulationsdaten einer bestimmten Anzahl von Krankenhäusern (Datenlieferung von 263 Krankenhäusern laut InEK: „Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011“), so dass Innovationen kostenseitig erst mit Zeitversatz berücksichtigt werden.

3.3 Grundlagen des DRG-Systems

Merkmal des deutschen Diagnosis Related Groups (DRG) - Systems ist eine differenzierte algorithmische, einander ausschließende Zuordnung sämtlicher akutstationärer Fälle (derzeit noch mit Ausnahme der Psychiatrie) in Fallgruppen. Das Ziel liegt darin, neben der Gruppierung klinisch ähnlicher Krankheitsbilder vor allem möglichst kostenhomogene Fallpauschalen abzubilden.³

Die Vergütung jeder DRG-Fallpauschale erfolgt aufwandsorientiert. Grundlage ist eine jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) durchgeführte Kalkulation auf Basis der retrospektiven Istkosten ausgewählter Krankenhäuser⁴. Die Teilnahme an der jährlichen Kalkulation erfolgt freiwillig gegen Zahlung einer Aufwandsentschädigung. Im Jahr 2010 haben 263 Krankenhäuser Kalkulationsdaten geliefert, davon 10 Universitätsklinika. Im Zuge des Kalkulationsverfahrens wird jährlich durch die Selbstverwaltung ein DRG-Katalog verabschiedet, in dem jeder DRG ein Fallgewicht (Relativgewicht) entsprechend des Ressourcenverbrauchs relativ zur normierten Bezugsleistung zugeordnet ist. Die Vergütungshöhe einer DRG resultiert schließlich, vereinfacht dargestellt, aus der Multiplikation des zugehörigen Relativgewichtes mit dem Landesbasisfallwert des jeweiligen Bundeslandes.

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Landesbasisfallwert Berlin	Rechnungsbetrag
G23C	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten, Alter > 13 Jahre	0,737	2.935,00 €	2.163,10 €
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre	22,655	2.935,00 €	66.492,43 €

Abb. 2: Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2011

Die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG erfolgt auf Basis definierter Patientendaten und dokumentierter Behandlungen:

Patientendaten:

- Alter
- Geschlecht
- Aufnahmegewicht (Neugeborene)

Behandlungsdaten:

- Hauptdiagnose
- Nebendiagnosen
- Prozeduren
- Dauer der maschinellen Beatmung

³ Vgl. Högemann, (2006a)

⁴ Vgl. Högemann, (2006b)

- Verweildauer in der stationären Behandlung
- Entlassungsgrund

Die Deutschen Kodierrichtlinien definieren die Hauptdiagnose als „die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“.⁵

Analog dazu werden Nebendiagnosen als „eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt“ definiert.⁶ Hierunter sind bereits vor Aufnahme in das Krankenhaus bestehende Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) oder als Komplikation (z. B. Lungenentzündung) während des Krankenhausaufenthaltes auftretende Erkrankungen zu verstehen. Voraussetzung für die Anwendbarkeit einer Nebendiagnose zur Eingruppierung in eine DRG ist, dass aus ihr therapeutische oder diagnostische Maßnahmen folgen oder ein erhöhter Pflege- und/oder Überwachungsaufwand resultiert.⁷

Die Zuordnung der Patienten- und Behandlungsdaten zu einer DRG erfolgt softwaregestützt durch eine zertifizierte Grouper-Software. Die Diagnosen, Operationen, Diagnostik- und Therapiemaßnahmen (Prozeduren) sind nach der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) bzw. dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zu erfassen (kodieren). Die Klassifikationssysteme werden jährlich an die medizinische Entwicklung angepasst und umfassen ca. 13.275 Diagnose- und 25.500 Prozedurenschlüssel.⁸ Die Schweregradifferenzierung resultiert im Wesentlichen aus den für den entsprechenden Patienten dokumentierten Nebendiagnosen. Sie markieren mit Blick auf den Ressourcenverbrauch in der Nomenklatur der Fallpauschalen die letzte Stelle, den DRG-spezifischen Schweregrad (A: höchster Ressourcenverbrauch, B: zweithöchster Ressourcenverbrauch, C: dritthöchster Ressourcenverbrauch, etc.; mit einem Z am Ende der DRG klassifizierte Fallpauschalen sind nicht schweregrad-differenziert). Die DRG Version 2011 umfasst 1.194 abrechenbare Fallpauschalen.

Für die Finanzierung sachkostenintensiver Therapien, die nicht notwendigerweise in Zusammenhang mit einer bestimmten Fallpauschale erbracht werden, wurde der Fallpauschalenkatalog 2005 um Zusatzentgelte erweitert. Mit diesen werden aufwandsbezogen bestimmte Medikamente, Verfahren oder Implantate zusätzlich zur DRG vergütet. Es handelt sich im Wesentlichen um Blut und Blutprodukte, Chemotherapeutika, monoklonale Antikörper, Dialyseverfahren oder Implantate, wie z.B. bestimmte Koronarstents. Die Höhe des Entgeltes richtet sich nach der verabreichten Menge. Die DRG Version 2011 umfasst 82 Zusatzentgelte mit insgesamt 1.039 zum Teil mengenabhängigen Preisen.

⁵ Deutsche Kodierrichtlinien, (2010a)

⁶ Deutsche Kodierrichtlinien, (2010b)

⁷ Vgl. Deutsche Kodierrichtlinien, (2010c)

⁸ Vgl. Bundestagsdrucksache 17/5350, (2011)

ZE	Bezeichnung	ZEd	OPS Version 2011		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
ZE107	Gabe von Erythrozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat	
		ZE107.01 ⁶⁾	8-800.c1	6 TE bis unter 11 TE	607,66 €
		ZE107.02 ⁶⁾	8-800.c2	11 TE bis unter 16 TE	1.003,96 €
		ZE107.03	8-800.c3	16 TE bis unter 24 TE	1.479,52 €

Abb. 3: Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2011, Anlage 5: Zusatzentgelte-Katalog

Zur Vermeidung falscher wirtschaftlicher Anreizmechanismen in einem pauschalierten Fallvergütungssystem werden mit jeder Fallpauschale Verweildauergrenzen definiert. Überschreitet ein Patient die Obere Grenzverweildauer seiner Fallpauschale aufgrund von z. B. Begleiterkrankungen oder Komplikationen, erhält das Krankenhaus einen tagesbezogenen Zuschlag auf die DRG. Ebenso wird die DRG um einen tagesbezogenen Abschlag gekürzt, sofern das Krankenhaus den Patienten vor Erreichen der „Mindest“-Verweildauer bzw. Unteren Grenzverweildauer entlässt. Ein vergleichbarer Mechanismus wurde ebenfalls für Verlegungen in ein anderes Krankenhaus im System implementiert.

Als weiteres Sicherungssystem hat die Fallpauschalenvereinbarung Regelungen zur Bewertung der DRGs bei Wiederaufnahmen in das Krankenhaus vorgesehen. Eine Wiederaufnahme, z. B. aufgrund von Komplikationen nach Entlassung, führt innerhalb bestimmter Grenzen nicht zur Abrechenbarkeit einer zweiten Fallpauschale. Ziel dieser Mechanismen ist es, wirtschaftliche Vorzüge einer (zu) frühen, sog. „blutigen“ Entlassung abzuschwächen.

3.3.1 Ziele der Einführung des DRG-Systems

Bereits mit der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) von 1995 wurden Grundzüge für ein Vergütungssystem auf Basis von Fallpauschalen gelegt. Bis zur Einführung der DRG wurden nur ca. 20 % der stationären Krankenhausumsätze über Fallpauschalen und Sonderentgelte abgebildet. Für die übrigen 80 % der Leistungen fehlte eine hinreichende Transparenz. Das bisherige Fallpauschalensystem war zudem durch operative Therapieformen dominiert, konservative Behandlungen wurden vorzugsweise über tagesgleiche Pflegesätze abgebildet, eine Berücksichtigung von Krankheitsschweregraden, Komplikationen oder Morbiditäten fand nicht statt.⁹

Durch die Einführung eines neuen Vergütungssystems auf Basis von DRG sollten als wesentliche Ziele Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Krankenhausbereich gefördert werden. Die Systemziele stellten auf ein möglichst umfassendes, handhabbares deutsches DRG-System ab, das regelgebunden und transparent weiterentwickelt wird.

Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser sollte verbessert werden durch

- Die Beseitigung von Fehlanreizen der tagesgleichen Pflegesätze, insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer,

⁹ Vgl. Haubrock, Schär, (2002)

- Einen bedarfsgerechten und effizienten Ressourceneinsatz krankenhausesintern und krankenhausesübergreifend,
- Leistungsorientierter Fluss der Finanzmittel - „Geld folgt der Leistung“ ,
- Mehr Wettbewerb aufgrund einer leistungsorientierten Vergütung,
- Eine stärker am täglichen Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und -kapazitäten.¹⁰

Die Umstellung von einer bislang kostenbasierten auf eine leistungsorientierte Vergütungsform wurde als entscheidender Faktor zu Realisierung des politischen Ziels einer Kostensenkung im Gesundheitswesen durch die Gesundheitsreform gesehen. So wird in der Gesetzesbegründung zur GKV-Gesundheitsreform 2000 beschrieben, dass „Krankenhäuser, die mit ihren Kosten bisher höher liegen [...], ab dem 1. Januar 2003 mit den niedrigeren Entgelten auskommen“ müssen. „Mittelfristig werden die Möglichkeiten zur Kündigung von Krankenhäusern und Abteilungen [...] zu Einsparungen führen.“ Weitreichenden Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und eine Reduzierung der Bettenzahlen wurden mit diesem Gesetz angestrebt.¹¹

In der Ausgestaltung des DRG-Entgeltsystems wurde die Selbstverwaltung beauftragt ein „lernendes System“ auszugestalten. Es soll die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen mit Ausnahme der Psychiatrie und Psychosomatik abbilden. Die Ausgestaltung in einem praktikablen Differenzierungsgrad sowie ein regelgebundenes, transparentes Verfahren zur Pflege und Weiterentwicklung des Systems soll die Akzeptanz bei allen Beteiligten unterstützen.

3.3.2 Grundlagen der Finanzierungssystematik

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist festgelegt, dass die Krankenhäuser dadurch wirtschaftlich gesichert werden, dass

- ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
- leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen sowie aus den Vergütungen für die vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulante Operationen erhalten.¹²

Die Trennung der Krankenhausfinanzierung in Betriebs- und Investitionskostenfinanzierung wird als „duales Finanzierungssystem“ bezeichnet.

Pflegesätze und Fallpauschalen für stationäre und teilstationäre Leistungen werden durch die Kostenträger finanziert.¹³ Die Pflegesätze sind prospektiv zu vereinbaren. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Überschüsse aus den vereinbarten Pflegesätzen verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen.¹⁴

¹⁰ Vgl. Braun, Rau, Tuschen, Krankenhaus Report, 2007

¹¹ Bundestagsdrucksache 14/1245, (1999)

¹² Vgl. § 4 KHG

¹³ Vgl. § 2 Satz 1 Nr. 4 KHG

¹⁴ Vgl. § 17 Abs. 1 KHG

Mit Einführung der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen erfolgt die Vereinbarung somatischer Krankenhausleistungen über ein Erlösbudget zwischen den Krankenkassen oder den Verbänden der Krankenkassen und dem Krankenhaus. Das Erlösbudget wird jährlich leistungsgerecht für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen ermittelt. Hierzu werden Art und Menge der Leistungen mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe (Bewertungsrelation) und dem Landesbasisfallwert multipliziert (vgl. Abb. 4).

DRG	Bezeichnung	Leistungs- menge	Bewertungs- relation	Summe der Bewertungs- relationen
G23C	Appendektomie [...]	50	0,737	36,85
A05B	Herztransplantation [...]	25	22,655	566,375
...				
Summe Bewertungsrelationen				603,225
Landesbasisfallwert (Berlin)				2.935 €
Erlösbudget				1.770.465 €

Abb. 4: Berechnungsbeispiel zum Erlösbudget

Veränderungen im Erlösbudget, die aus wettbewerblichen oder demographischen Entwicklungen auf ein Krankenhaus einwirken, können Berücksichtigung finden. Die finanzielle Abbildung dieser Veränderungen unterliegt detaillierten Regelungen im KHEntgG (z. B. Mehrleistungsabschlag). Für den Fall, dass ein Krankenhaus sein mit den Kostenträgern prospektiv vereinbartes Leistungsbudget nicht erfüllt oder überschreitet, sind umfangreiche Ausgleichsmechanismen gesetzlich vorgesehen. Sie regeln nach Art, Umfang und Versorgungsbereich der Abweichungen die Höhe von Ausgleichszahlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.

Mit Einführung der DRG-Fallpauschalen erfolgte ein vollständiger Systemwechsel. Die bisher verfolgte kostenorientierte Vereinbarung eines Erlösbudgets zur Finanzierung der Betriebskosten wich einer erlösorientierten Betrachtungsweise. Im Rahmen einer Konvergenzphase erhielten die Krankenhäuser von 2004 bis 2008 Zeit, ihre gewachsenen Kostenstrukturen an eine leistungs- und erlösorientierte Vergütung anzupassen. Eine konsequente Umsetzung des mit der Gesundheitsreform 2000 einhergehenden Leitsatzes „Geld folgt der Leistung“ wurde durch die erneute Einführung des Abschlags auf Mehrleistungen allerdings wieder teilweise zurückgenommen.

3.3.3 Wesentliche Parameter und Einflussgrößen

Einfluss auf die Abrechnung einer DRG-Fallpauschale hat zunächst die generelle Frage der stationären Behandlungsbedürftigkeit. § 39 SGB V verpflichtet die Krankenhäuser vor Beginn einer stationären Behandlung deren Bedürftigkeit insbesondere vor dem Hintergrund alternativer teilstationärer, vor- und nachstationärer oder ambulanter Behandlungsformen zu überprüfen. Maßgebliches Kriterium für die Einschätzung zur Wahl der Versorgungsform ist das Erreichen des Behandlungszieles. Darüber hinaus wurden im Rahmen des „Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und anderer

stationersetzender Eingriffe im Krankenhaus“ Krankenhausleistungen definiert, die zwingend bzw. vorwiegend ambulant zu erbringen sind. Weiter wurden Kriterien definiert, bei deren Vorliegen ein primär ambulanter Eingriff vollstationär erbracht werden darf.¹⁵

Der Ressourcenverbrauch in Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt wird im Wesentlichen über die Hauptdiagnose, dem Grund der stationären Aufnahme, und der dazugehörigen Therapie (Prozedur; z. B. ein operativer Eingriff) bestimmt. Darüber hinaus werden im DRG-System Komplikationen oder Begleiterkrankungen (Komorbiditäten), die zu einem erhöhten Ressourcenverbrauch führen, bei der Einstufung in die abzurechnende Fallpauschale z. T. erlössteigernd berücksichtigt. Die Abbildung dieses zusätzlichen Ressourcenverbrauchs erfolgt über Nebendiagnosen, Beatmungstunden, Alter, Geburtsgewicht, Komplex-Kodes oder z. B. den Medikamentenverbrauch bei zusatzentgeltfähigen Arzneimitteln.

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Landesbasisfallwert Berlin	Rechnungsbetrag
E05A	Andere Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten	3,630	2.935,00 €	10.654,05 €
E05B	Andere Eingriffe am Thorax ohne äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten [...]	2,733	2.935,00 €	8.021,36 €

Abb. 5: Effekte der Komorbiditäten am Bsp. der Basis-DRG E05

Trotz der Abrechnung von Fallpauschalen spielt die stationäre Behandlungsdauer dennoch eine Rolle bei der Berechnung des Entgeltes. Jeder Fall bzw. jede DRG ist durch einen definierten Zeitkorridor gekennzeichnet, welcher die mittlere Liegedauer eines vergleichbaren Patienten beschreibt. Dieser Korridor beinhaltet eine sogenannte Obere und eine Untere Grenzverweildauer. Außerhalb dieses Korridors, welcher für jede DRG individuell festgelegt ist, gelten von der Fallpauschale abweichende Vergütungsregeln. Wird die Untere Grenzverweildauer unterschritten, d. h. der Patient vor Erreichen der Unteren Grenzverweildauer entlassen, so erhält das Krankenhaus nicht die volle Vergütung für die gruppierte DRG, sondern muss tagesbezogene Abschläge vornehmen (vgl. Abb. 6).

¹⁵ Vgl. § 3 Abs. 3 AOP-Vertrag 2009

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Abschlag pro Tag	Rechnungsbetrag
Beispiel 1: Verweildauer 2 bis 6 Tage				
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnosen	0,502	0,000	1.473,37 €
Beispiel 2: Verweildauer 1 Tag				
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnosen	0,502	0,212	851,15 €

Abb. 6: Effekte der Verweildauerabschläge am Bsp. der DRG O60D

Analog dazu ist bei Überschreitung der Oberen Grenzverweildauer für jeden weiteren Belegungstag ein tagesbezogener Zuschlag auf die Fallpauschale abrechnungsfähig. So beträgt der Zuschlag pro Tag zur DRG-Fallpauschale bei nachfolgendem Beispiel 842,35 EUR (Bezugsgröße Basisfallwert Berlin) ab Überschreitung der Oberen Grenzverweildauer von 46 Behandlungstagen (vgl. Abb. 7).

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Zuschlag pro Tag	Rechnungsbetrag
Beispiel 1: Verweildauer 8 bis 45 Tage				
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas	10,197	0,000	29.928,20 €
Beispiel 2: Verweildauer 46 Tage				
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas	10,197	0,287	30.770,54 €

Abb. 7: Effekte der Verweildauerzuschläge am Bsp. der DRG A02Z

Zunehmende Relevanz für die Abrechnungsfähigkeit von DRG-Fallpauschalen bzw. die eindeutige Zuordnung sind Komplexleistungen. In der Diskussion um Struktur- und Behandlungsqualität der medizinischen Versorgung werden stetig mehr Leistungen im Zusammenhang mit einer konkreten Erkrankung als ein Leistungskomplex definiert und abgerechnet. Mit diesen Leistungskomplexen verbunden sind in der Regel bestimmte Strukturqualitätsmerkmale oder definierte Behandlungsinhalte. Die Erfüllung der Strukturqualität und der Nachweis der definierten Behandlungsinhalte berechtigt die Dokumentation dieser Komplexprozeduren und damit zur Abrechnung der korrespondierenden Fallpauschalen. So sind bspw. für die Dokumentation der „neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ folgende Strukturvoraussetzungen notwendig (Details finden sich in Kapitel 3.5.3.1):

- Behandlung auf einer spezialisierten Einheit - Stroke Unit
- 24-stündige ärztliche Anwesenheit
- 24-Stunden-Monitoring von Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, etc.

- Durchführung einer Computertomographie [...] innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme.

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Landesbasisfallwert Berlin	Rechnungsbetrag
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls [...]	0,855	2.935,00 €	2.509,43 €
B70H	Apoplexie ohne neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls [...]	0,678	2.935,00 €	1.989,93 €

Abb. 8: Effekte der Komplexbehandlungen am Bsp. der Basis-DRG B70

Durch den höheren Ressourcenverbrauch in der Versorgung im Rahmen solcher Komplexbehandlung sind die hierzu korrespondierenden DRG-Fallpauschalen höher vergütet (vgl. Abb. 8).

3.3.4 Beteiligte Institutionen bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen

Bei der Abrechnung von stationären Behandlungsleistungen, die mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, ist eine Reihe von Akteuren beteiligt. Diese werden nachfolgend kurz hinsichtlich ihrer Aufgaben skizziert, die sie wahrnehmen. Im Wesentlichen wird hierbei die Abrechnung des Krankenhauses ggü. der Gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt, da es sich hinsichtlich des Abrechnungsvolumens um die bedeutsamsten Kostenträger handelt.

3.3.4.1 Organisationseinheiten im Krankenhaus

Eine häufig anzutreffende Organisation des Abrechnungsgeschehens im Krankenhaus erfolgt unter Beteiligung von Mitarbeitern des Ärztlichen Dienstes, von Kodierfachkräften, Mitarbeitern der Patientenverwaltung sowie (mittelbar) dem Medizin-Controlling des Krankenhauses.

Aus unserer Umfrage zeigt sich hinsichtlich des Gesamtprozesses folgender Beteiligungsumfang der beschriebenen Berufsgruppen:

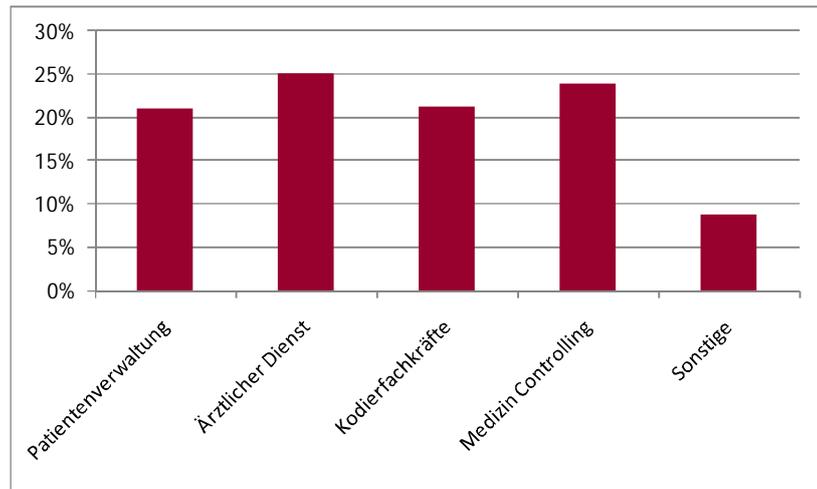


Abb. 9: Beteiligte am gesamten Abrechnungsprozess

In der Entwicklung der Berufsgruppen der Medizin-Controller und Kodierfachkräfte zeigt sich im direkten Vergleich der Jahre 2004 und 2010 eine deutliche Zunahme der Vollkräfte (VK). So hat sich die Anzahl der Kodierfachkräfte gegenüber dem Jahr 2004 nahezu vervierfacht, die Anzahl der Medizin-Controller hat sich fast verdoppelt. Im Mittel hatte jedes Krankenhaus im Jahr 2010 6,64 Vollkräfte in diesen beiden Bereichen beschäftigt. Dabei reicht die Spannweite von 1,24 VK in Krankenhäusern in der Größenklasse unter 100 Betten bis zu Universitätsklinika mit im Durchschnitt 23,09 Vollkräften.

Das Abrechnungsgeschehen kann auf zwei wesentliche Sachverhalte reduziert werden: die eigentliche Abrechnung des Behandlungsfalles ggü. dem jeweiligen Sozialleistungsträger sowie die Bearbeitung von Fragen, Beanstandungen und Widersprüchen gegen/zu gestellten Rechnungen.

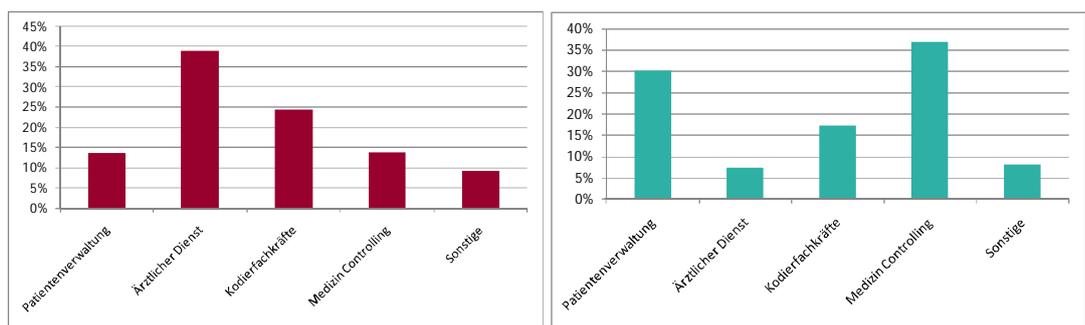


Abb. 10: Beteiligte an der Abrechnung des Behandlungsfalles (rote Darstellung) versus Bearbeitung von Fragen, Beanstandungen und Widersprüchen (grüne Darstellung)

Es zeigt sich, dass in den vorbereitenden Prozessen der Abrechnung im Besonderen der Ärztliche Dienst und die Kodierfachkräfte involviert sind. Der im Anschluss häufig folgende Prozess der Bearbeitung von Anfragen und Beanstandungen der Sozialleistungs-

träger wird primär durch die Patientenverwaltung und das Medizin-Controlling abgebildet.

Die Aufgaben der oben genannten Mitarbeitergruppen sind oftmals wie folgt zugeordnet:

Im Zuge der Rechnungserstellung

- **Ärztlicher Dienst:** Führen der Patientenakte hinsichtlich aller wesentlichen medizinischen, ärztlich tangierenden Inhalte (dem Pflegedienst kommt an dieser Stelle eine weitere wichtige Rolle zu). Zumeist erfolgt nach der Erstellung der Kodierung durch die Kodierfachkräfte eine finale Freigabe des Abrechnungsfalles durch einen Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes (oftmals Oberärzte und zumeist Fachärzte). Vgl. dazu auch die Ausführungen unter Kapitel 3.4.2.
- **Kodierfachkräfte:** Durchführung der Fallkodierung aufgrund der medizinischen Dokumentation in der Patientenakte auf Basis der geltenden Abrechnungsregeln (maßgeblich sind hier primär die Definitionshandbücher des InEK und die Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung). Hierbei wird parallel die medizinische Dokumentation zumeist auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft.
- **Patientenverwaltung:** Erstellung und Fakturierung der Ausgangsrechnung nach Freigabe des kodierten Falles durch überwiegend elektronische Übermittlung an die Kostenträger.
- **Medizin-Controlling:** Unterstützung aller Beteiligten bei besonders komplexen und schwierigen Fragestellungen der Kodierung. Controlling und Steuerung des Abrechnungsgeschehens (z. B. Überwachung nicht abgeschlossener Fälle). Schulung der an der Kodierung beteiligten Mitarbeiter (Ärztlicher Dienst und Kodierer). Überwachung und Steuerung über ein DRG-Berichtswesen.
- **Casemanager:** Begleitung des Patienten während seiner Behandlung, Schnittstellen übergreifende koordinative Funktion. Dadurch Optimierung der Behandlungsprozesse und Einflussnahme und Steuerung der Verweildauer (so auch zur Vermeidung unnötiger Behandlungstage im Krankenhaus).

Bei Rechnungsbeanstandungen

- **Ärztlicher Dienst:** Beantwortung von Fragen inhaltlicher Art zum Behandlungsgeschehen. Nicht selten sind dies schriftliche Stellungnahmen gutachterlichen Charakters, da der behandelnde (Fach-)Arzt die Verantwortung über die Kodierung übernehmen muss.
- **Kodierfachkräfte:** Beantwortung von Fragen inhaltlicher Art zur Kodierung und ggf. - bei Fällen einfacher und wenig komplexer Art - des Behandlungsgeschehens.
- **Patientenverwaltung und/oder Medizin-Controlling:** Steuerung des Prozesses mit Blick auf die internen Informationsflüsse sowie externe Kommunikation mit dem jeweiligen Sozialleistungsträger. Administrative Begleitung des Prozesses: Kopie und Übermittlung von Auszügen der Patientenakte an den MDK. Ggf. Rechnungsstornierung und -korrektur nach erfolgter Neukodierung des Falles.

Bei Organisationsformen die auf den Einsatz von Kodierfachkräften verzichten, werden die oben beschriebenen Tätigkeiten dieser Berufsgruppe i. d. R. allein durch den Ärztlichen Dienst und die Mitarbeiter des Medizin-Controllings wahrgenommen. Dieses System ist jedoch tendenziell häufiger bei kleinen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung anzutreffen.

3.3.4.2 Kostenträger

Unter den Kostenträgern im Gesundheitswesen ist primär die gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu sehen. Sie ist neben der Renten-, Pflege-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung wichtigster Bestandteil des deutschen Sozialversicherungssystems. Mitglieder der GKV sind die Krankenkassen, so u. a. mit großen Anteilen die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), der Verband der Ersatzkrankenkassen (VdEK), Betriebskrankenkassen (BKK) und die Innungskrankenkassen (IKK).

Die Leistungen der GKV sind im SGB V festgesetzt. Die Versicherten haben grundsätzlich einen Leistungsanspruch gemäß § 12 Abs. 1 SGB V. Demnach müssen die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“.

Im Gegensatz zur GKV ist die Private Krankenversicherung (PKV) etwas anders strukturiert; wesentlicher Unterschied ist das Kostenerstattungsprinzip, welches vorsieht, dass der Versicherte für anfallende Kosten grundsätzlich in Vorleistung tritt und diese später über die PKV erstattet werden.

Auf Seiten der Kostenträger ist das Abrechnungsgeschehen häufig in Form des sog. „Fallmanagements“ professionalisiert. Dort erfolgt zumeist eine erste Plausibilisierung und Kontrolle der durch die Krankenhäuser gestellten Rechnungen aus Sicht des Rechnungsempfängers. Im Falle von Auffälligkeiten werden diese - soweit möglich - unmittelbar mit dem behandelnden Krankenhaus geklärt. Bestimmte Einschlusskriterien und Fallkonstellationen führen zu einer Weitergabe der Überprüfung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, der - im Gegensatz zu den Kostenträgern selbst -, mit Prüfungsrechten und Kompetenzen ausgestattet ist. Das Recht auf Einsicht in die Krankenakten/Behandlungsunterlagen kommt allein dem MDK zu.

3.3.4.3 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung. Er finanziert sich ausschließlich durch eine Umlage der Kranken- und Pflegekassen. Der MDK unterliegt der staatlichen Aufsicht gemäß § 281 Abs. 3 SGB V. Die Ärzte des MDK unterliegen bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.¹⁶

Der MDK berät die Gesetzlichen Krankenkassen in allgemeinen Grundsatzfragen wie bspw. bei der Krankenhausplanung, Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Ver-

¹⁶ Vgl. § 275 Abs. 5 SGB V

sorgung und bei der Wirksamkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und führt darüber hinaus Einzelfallbegutachtungen durch¹⁷. Diese umfassen im Wesentlichen:

- die sozialmedizinische Begutachtung und Beratung auf Einzelfallebene, bspw. in Fragen zur Arbeitsunfähigkeit oder zur Notwendigkeit medizinischer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen,
- die Beratung zur Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung oder häuslicher Krankenpflege.

Der MDK wird von den Kostenträgern mit der Prüfung von Behandlungsfällen beauftragt. Mit der Fallprüfung sind beim MDK i. d. R. (Fach-)Ärzte befasst. Die eigentliche Fallprüfung erfolgt überwiegend auf Basis der Patientenakte, welche zuvor nach Anforderung durch den MDK an diesen zu übermitteln ist¹⁸. Für detaillierte Ausführungen sei auf Kapitel 3.5.3 verwiesen.

Im Prüffokus stehen grundsätzlich die folgenden Sachverhalte, die zumeist bereits dem Kostenträger als Kriterien für die Auswahl eines Behandlungsfalles zur Prüfung dienen:

- Primäre Fehlbelegung,
- Knappes Erreichen der Unteren Grenzverweildauer,
- Erfüllung der AEP-Kriterien zur stationären Aufnahme,
- Überschreiten der Oberen Grenzverweildauer,
- Beatmungstunden,
- Richtigkeit der gewählten Hauptdiagnose,
- Angemessenheit der erfassten Nebendiagnosen,
- Medizinische Dokumentation, bspw. hinsichtlich der Erfordernisse an Komplexbehandlungen.

Nach Abschluss der Prüfung gruppiert der MDK den Prüfungsfall auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse. Ggf. erfolgt durch dieses Ergebnis des Gutachtens ein Vorschlag zur Rechnungskorrektur. Bleibt eine Korrektur aus, d. h. kommt der MDK-Gutachter nicht zu einer Minderung des ursprünglichen Rechnungsbetrages des Krankenhauses, so ist der dem Krankenhaus durch die Prüfung entstandene Aufwand mit einer pauschalen Entschädigung i. H. v. derzeit 300 EUR zu vergüten¹⁹.

3.3.4.4 Rechtliche Instanzen/Schlichtungswege

Institutionalisierte Schlichtungswege sind im deutschen Krankenhausabrechnungssystem grundsätzlich nicht vorgesehen. Häufig existieren allerdings informelle und mehr oder weniger regelmäßige Abstimmungsgespräche zwischen den verschiedenen Kostenträgern und den Krankenhäusern, die dazu dienen, den bis zu einem gewissen Zeitpunkt aufgelaufenen Pool strittiger Abrechnungsfälle einer einvernehmlichen Klärung zuzuführen.

¹⁷ Vgl. MDK, (2011)

¹⁸ Eine Begutachtung des Patienten vor Ort findet ganz überwiegend nicht statt, da der MDK zeitlich erst deutlich nach Fallabschluss eingeschaltet wird.

¹⁹ Vgl. § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V

In der Praxis bedeutet dies, dass über die Streitfälle verhandelt wird. Je nach Verhandlungsgeschick der Beteiligten werden Kompromisslösungen - mit jeweils mehr oder weniger großen Zugeständnissen auf beiden Seiten - angestrebt.

Ist eine Lösung auf dem skizzierten Abstimmungswege nicht möglich, so bleibt den Parteien nur der Rechtsweg. Zuständig sind hier die Sozialgerichte, bis hin zum Bundessozialgericht. Hierbei handelt es sich für die Krankenhäuser i. d. R. um einen langwierigen, über mehrere Jahre andauernden Prozess.

Die Einschaltung von Schiedsstellen ist hinsichtlich der einzelfallbezogenen Abrechnung nach § 275 SGB V weder üblich noch relevant und kommt im Krankenhaus praktisch ausschließlich im Zuge der Budgetverhandlungen zum Tragen. Hinsichtlich der Prüfung gemäß § 17c KHG gibt es jedoch bereits Schlichtungsverfahren zum Prüfergebnis.

3.4 Prozesse zur Rechnungserstellung im Krankenhaus

3.4.1 DRG-Kodierung

Die DRG-Kodierung besteht aus den wesentlichen Elementen:

- Hauptdiagnose,
- Nebendiagnosen/Komplikationen,
- Prozeduren/operativen Eingriffen.

Eine sachgerechte Kodierung ist die Basis für die leistungs- und aufwandsorientierte Vergütung und dient der Erlössicherung für stationäre Krankenhausleistungen. Eine Missachtung der sachgerechten Kodierung sowie auch ungenutzte Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Interpretationsmöglichkeiten im Abrechnungssystem sind als wirtschaftlich fahrlässig zu beurteilen.

Einige der unter Kapitel 3.3.3 aufgeführten, die DRG beeinflussenden Parameter sind als Basisdaten zu verstehen und können nicht beeinflusst werden. Beispiele sind das Patientenalter, das Geschlecht, der Aufnahmegrund oder das Geburtsgewicht bei Säuglingen.

Die DRG-Kodierung erfordert ein sog. „Rightcoding“, d. h. Ziel ist es, die Realität und den Ressourcenaufwand der Krankenhausbehandlung vollständig abzubilden ohne einen Fall komplexer darzustellen, als er war, jedoch ebenso, ohne medizinisch relevante Details unberücksichtigt zu lassen.

Die Anforderungen an die Dokumentation sind die Nachvollziehbarkeit und lückenlose Erfassung in der Krankenakte. Vorgaben bestehen durch die Regelwerke ICD-10-GM, OPS-301 sowie die Deutschen Kodierrichtlinien in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Die DRG-Kodierung beginnt mit der Erfassung der Aufnahmediagnosen; diese werden bereits bei Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus erfasst und gemeinsam mit einer voraussichtlichen Verweildauer an die Krankenkasse übermittelt.²⁰

Die Aufnahmediagnose ist zunächst die Diagnose, die als Grund der Krankenhausaufnahme identifiziert wird. Hierbei kann es sich noch um unspezifische Diagnosen oder Symptome handeln, da eine eingehende Untersuchung und medizinische Abklärung noch nicht erfolgt ist.

Die Abschlusskodierung soll so zeitnah wie möglich nach Entlassung des Patienten aus der Krankenhausbehandlung erfolgen und elektronisch an den jeweiligen Kostenträger übermittelt werden.

Die DRG wird nach Abschlusskodierung, nach der Eingabe aller Parameter, systemseitig durch einen zertifizierten Grouper generiert. Hierbei sind grundsätzliche Ausschlusskriterien wie bspw. Geschlechterkonflikte oder der Ausschluss von versehentlich doppelt kodierten Diagnosen hinterlegt. Operationen werden meist in Verbindung mit dem OP-Dokumentationssystem durch die Operateure oder durch sie beauftragtes OP-Personal erfasst. Die Eingabe der Diagnosen erfolgt manuell, systemabhängig (vgl. Kapitel 3.4.2) i. d. R. durch die behandelnden Assistenzärzte oder die Kodierfachkräfte. Eine Beachtung der gesetzlichen Regelwerke muss hier gegeben sein. Eine Problematik besteht darin,

²⁰ Vgl. § 301 Abs. 1 SGB V

dass nicht jeder im Krankenhaus tätige Arzt die Komplexität des Systems vollständig beherrschen kann, zumal das System auch jährlichen Änderungen unterworfen ist. In der Praxis ist es so, dass es eine Reihe „Standardfälle“ gibt, die ganz eindeutig kodiert werden können und auch aufwands- und leistungsgerecht durch die DRG abgebildet und abgerechnet werden können. Hier sei als Beispiel eine häufige Erkrankung gewählt, welche in Krankenhäusern aller Größenklassen vorkommt und nicht als spezialisiert gilt, die Appendizitis (Blinddarmentzündung) mit operativem Eingriff, ohne weitere Komplikationen. Dieser Fall wird aufgrund der Hauptdiagnose (einfache Blinddarmentzündung) und des operativen Eingriffes (Appendektomie, Entfernung des Blinddarms, laparoskopisch) ganz eindeutig in eine DRG (gemäß DRG 2011: G23C „Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre“) gruppiert.

Tatsächlich stellt sich das Leistungsgeschehen, nicht zuletzt aufgrund älterer und zunehmend multimorbider Patienten, im Krankenhaus komplexer dar. Durch die Kombination verschiedener fester, patientenbezogener Parameter, durchgeführter Prozeduren sowie Haupt- und Nebendiagnosen generiert sich die jeweilige Abrechnungs-DRG. Anders als bei dem vereinfacht dargestellten Fall der Appendizitis werden oftmals zahlreiche ressourcenverbrauchende Diagnosen neben der Hauptdiagnose mitbehandelt. Nur die Erfassung aller in diesem Sinne relevanten Erkrankungen kann dazu führen, dass der Fall aufwandsgerecht vergütet wird. Zum heutigen Stand des DRG-Systems ist oftmals eine einzige Nebendiagnose allein nicht ausschlaggebend für eine Erhöhung des Fall-Schweregrades und entsprechend für eine erlössteigernde Abrechnung. Vielmehr erfordert es eine intensive Fallanalyse, um sowohl die Vollständigkeit aller kodierbaren Diagnosen als auch deren medizinisch-inhaltliche Richtigkeit zu gewährleisten. Die rund 1.194 abrechenbaren DRG in 2011 basieren auf den umfangreichen Katalogen des ICD-10-GM und des OPS-301 und somit einer Vielzahl von Kombinationsmöglichkeiten von Diagnosen und Prozeduren.

Diese Komplexität zeigt sich schon alleine durch die Klarstellungsversuche unterschiedlicher Institutionen. Kodierempfehlungen werden regelmäßig durch den MDK veröffentlicht. Durch den Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der DGfM werden diese Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ (SEG-4) des MDK überprüft; z. T. werden sie bestätigt und ebenso vertreten, aber auch Einschränkungen formuliert oder klare Dissense gekennzeichnet.²¹ Die deklarierten Dissense werden jedoch nicht weiter auf höherer Ebene reguliert. Der FoKA wurde u. a. aufgrund der erheblichen Interpretationsspielräume²² und Unklarheiten der Deutschen Kodierrichtlinien und den daraus resultierenden Differenzen zwischen Kostenträgern, Krankenhäusern und MDK gegründet. Ziel dieser Institutionen ist eine weitestgehende Vereinheitlichung der Kodierqualität, bei der ein vergleichbarer Krankenhausfall auch identisch kodiert wird. Darüber hinaus sollte über die SEG-4-Empfehlungen des MDK durch MDK-weit einheitliche Kodierung mehr Transparenz hinsichtlich der Begutachtungen geschaffen werden, was auch für die Krankenhäuser und Krankenkassen mehr Verfahrenssicherheit bieten sollte.²³ Keine der herausgegebenen

²¹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (2011)

²² Vgl. Euler (2008a)

²³ Vgl. Euler, (2008b)

Kodierempfehlungen ist rechtsgültig. Sie stellen lediglich einen Diskussionsbedarf und mögliche Argumentationslinien dar. Dieser Diskussionsbedarf als Indikator für bestehende Interpretationsspielräume äußert sich weiterhin durch:

- Spezielle Kodierleitfäden der Fachgesellschaften,
- Kodierbeispiele in Büchern und Fachzeitschriften,
- Kommentare und Klarstellungen zu den Deutschen Kodierrichtlinien,
- Diskussionsforen (z. B. www.mydrg.de),
- Arbeits- und Benchmarkgruppen der Krankenhäuser mit fachlichem Austausch.

Das DRG-System versteht sich als „lernendes System“ und besteht in Deutschland nun seit acht Jahren. Mittlerweile kann davon ausgegangen werden, dass nach Etablierung des Systems grundsätzliche Systemschwächen behoben sind und nun tiefer gehende Fragestellungen in der Systematik thematisiert werden können. Das InEK ist daher seit 1. Oktober 2010 mit der direkten Rückkopplung bezüglich Abrechnungsfragen beschäftigt („Anfrageverfahren“). Ziel dessen ist „eine stetige Qualitätsverbesserung der Ausgangsdaten für eine sachgerechte Kalkulation von Pauschalen von Krankenhausfällen sowie eine nachhaltige Verminderung von Streitfällen bei abweichenden Auffassungen über die Abrechnung von Krankenhausfällen“.²⁴ Dadurch werden regelhafte Streitfragen durch Teilnahme der Krankenhäuser und Kostenträger an dem Verfahren benannt und durch das InEK nach Möglichkeit behoben, um das Streitpotenzial zwischen Kostenträgern/MDK und den Krankenhäusern zu verringern.

3.4.2 Krankenhausinterne Prüfprozesse

Krankenhausinterne Prüfprozesse sind ein wesentliches Instrument zur Qualitätssicherung der Kodierung und somit auch der Abrechnung. Sie sind notwendig, da wie zuvor beschrieben, eine Reihe von Interpretationsspielräumen im DRG-System gegeben ist und die Prüfung auf Vollständigkeit der Akte (z. B. das Vorhandensein aller relevanten Befunde) und der Dokumentation aus forensischer Sicht und für mögliche Abrechnungsprüfungen von großer Bedeutung ist.

Prüfprozesse beginnen regelhaft bereits während der Krankenhausbehandlung. So obliegt die Steuerung und Optimierung von Behandlungsprozessen - und somit u. a. auch das Controlling der Verweildauer - bspw. dem Casemanager.

Hinsichtlich der krankenhausernen kodierbedingten Prüf- und Qualitätssicherungsprozesse gibt es unterschiedliche Ansätze. Grundsätzlich stellt sich hierbei die Frage, inwiefern Kodierung ärztliche Tätigkeit ist. Insgesamt zeichnet sich ab, dass in den Krankenhäusern i. d. R. mehrstufige Verfahren praktiziert werden, in denen meistens zumindest das Vier-Augen-Prinzip gewahrt wird. Die Kompetenzen zur Kodier- bzw. Rechnungsfreigabe sind hierbei entsprechend der gewählten Prüfsystematik unterschiedlich verteilt, die Beteiligung der verschiedenen, bereits in Kapitel 3.3.4.1 dargestellten Berufsgruppen in abweichender Intensität eingebunden.

²⁴ Vgl. Verfahrensbeschreibung InEK, (2010)

Im Folgenden werden gängige Varianten der Prüfprozesse nach dem Kodierungsvorgang exemplarisch und vereinfacht aufgezeigt:

Mehrstufiges Vidierkonzept

Das mehrstufige Vidierkonzept kam insbesondere mit Einführung des DRG-Systems häufig zur Anwendung. Es sieht vor, dass die primäre Kodiertätigkeit durch weitere Hierarchiestufen kontrolliert wird. In der Praxis erfolgt die Erstkodierung bspw. durch den behandelnden Assistenzarzt. Dieser setzt systemseitig eine elektronische Unterschrift, damit der durch ihn kodierte Fall in die Arbeitsliste der nächsthöheren Hierarchiestufe gelangt. Dies kann bspw. die Kodierfachkraft oder der Medizin-Controller sein. Wurde die Erstkodierung durch diese Stelle überprüft, wird der Fall in die letzte Arbeitsliste – i. d. R. des Oberarztes oder Chefarztes – verarbeitet. Dort erfolgt eine letzte Kontrolle und mit Freigabe des Falles die Erlaubnis der Rechnungsstellung. Durch die Beteiligung des Ärztlichen Dienstes als letzte Instanz entspricht dieses Konzept der Maßgabe der Deutschen Kodierrichtlinien: „Die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren, insbesondere der Hauptdiagnose, liegt beim behandelnden Arzt, unabhängig davon ob er selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Verschlüsselung vornimmt.“²⁵ Dann erfolgt die eigentliche Rechnungsstellung durch die Verwaltung unter Berücksichtigung der verschiedenen Zu- und Abschläge.

Zweistufiges Vidierkonzept

In Hinblick auf effizientere Prozesse wird heutzutage zunehmend das verschlankte, zweistufige Vidierkonzept umgesetzt. Hierbei wird versucht, den Ärztlichen Dienst durch den Einsatz von Experten (Kodierfachkräften) stärker zu entlasten. Die Ausgestaltung kann unterschiedlich sein:

- Erstkodierung durch die Kodierfachkraft, Rechnungsfreigabe durch Ober- oder Chefarzt
- Erstkodierung durch Assistenzärzte, Kontrolle und Rechnungsfreigabe auf Vertrauensbasis durch die Kodierfachkraft.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich durch Einführung des deutschen DRG-Systems und dessen Komplexität neben den Medizin-Controllern weitere eigene Berufsbilder wie z. B. Kodierfachkräfte/Clinical Coder oder Medizinische Dokumentations-Assistenten (MDA) gebildet haben. Deren Aufgabengebiet umfasst primär die Unterstützung der Ärzte bei der sachgerechten und vollständigen Dokumentation der erbrachten Leistungen und die leistungsgerechte Abbildung dieser über eine gesetzeskonforme Kodierung. Um diese Anforderungen zu erfüllen, ist eine spezifische Qualifikation erforderlich. Ziel des Einsatzes dieser spezialisierten Berufsgruppen ist die Lieferung eines Beitrags zur wirtschaftlichen Sicherung des Krankenhauses. Die im Krankenhaus tätigen und am Kodierprozess beteiligten Ärzte können neben der Arbeit am Patienten keine vollumfänglichen Ab-

²⁵ Deutsche Kodierrichtlinien, (2010d)

rechnungsspezialisten sein. Die Kodierfachkräfte arbeiten nicht direkt am Patienten, sollten jedoch in engem Kontakt mit den direkten Leistungserbringern (Ärztlichem Dienst, Pflegedienst) stehen.

Neben den exemplarisch beschriebenen Vidierhierarchien sieht jedes Krankenhaus i. d. R. weitere Mechanismen zur Qualitätssicherung vor. Diese können sich wie folgt gestalten:

- Gezielte Schulungen für alle am Kodierprozess beteiligten Personen (insbesondere Kodierfachkräfte, Ärzte), oftmals bedarfsgerecht aufbereitet durch das Medizin-Controlling, aber auch durch externe Fortbildungsveranstaltungen,
- Grundsätzliche Schulungen bei Neuanstellung von Kodierfachkräften und Ärzten,
- Interne Stichprobenprüfungen durch Medizin-Controlling oder Kodierfachkräfte (je nach Konzept, s. o.) zur Identifikation systematischer Fehler in der Kodierung,
- Pflege und Controlling des leistungsbezogenen DRG-Berichtswesens,
- Regelmäßige Fallbesprechungen mit den beteiligten Berufsgruppen (z. B. Kodierfachkräfte mit Ärztlichem Dienst),
- Externe Überprüfung der Kodierqualität durch unabhängige und spezialisierte Beratungsunternehmen.

Essentieller Bestandteil der internen Prüfprozesse ist nicht allein die DRG-Kodierung, also die eigentliche „Rechnungsstellung“, sondern zunehmend auch die Dokumentationsqualität in Papier- oder elektronischer Patientenakte. Grundsätzlich gilt: jede Leistung, die nicht dokumentiert ist, darf nicht kodiert, d. h. in Rechnung gestellt werden. Erster Schritt zu einer leistungsgerechten Vergütung erbrachter Krankenhausleistungen ist die lückenlose Dokumentation erforderlicher Daten. Eben diese bildet in der Praxis jedoch oftmals eine Schwachstelle. Die Priorität liegt i. d. R. immer in der Patientenbehandlung, aus Zeitdruck, dem Mangel an qualifiziertem Personal und der daraus resultierenden Überlastung des Ärztlichen Dienstes wird die Dokumentation tendenziell eher als sekundär betrachtet. Insofern äußert sich hier häufig die Problematik zwischen tatsächlich erbrachter Leistung und dokumentierter Leistung. Aufgrund dieser Diskrepanz sind die Leistungen für Dritte nicht immer lückenlos nachvollziehbar und entsprechend seitens des Krankenhauses zu verteidigen.

3.4.3 Rechnungserstellung und -übermittlung an die Kostenträger

Die Rechnungsstellung erfolgt nach abschließender Kodierung und der offiziellen Freigabe zur Abrechnung. Hierzu werden alle fallrelevanten Daten nach § 301 SGB V elektronisch übermittelt. Rechnungen sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang durch die Kostenträger zu begleichen. Dies gilt grundsätzlich auch bei Beanstandungen seitens der Krankenkassen. Sollte es zu Rechnungskorrekturen zu Gunsten der Krankenkassen kommen, sind Rückerstattungen durch die Krankenhäuser zu leisten. Oftmals erfolgt die Rückerstattung durch die Krankenkassen über den Verrechnungsweg durch Saldierung mit anderen Rechnungen. In der Realität werden Rechnungen häufig aufgrund von Beanstandungen zurückgehalten oder gemäß Ansicht der Krankenkasse bereits vor offizieller Prüfung gekürzt. Rechtmäßig ist dieses Verhalten nicht und kann im Extremfall zu negativen Liquiditätseffekten für das Krankenhaus führen. Weiterhin ergeben sich aus

verspäteter Zahlung Zinsverpflichtungen für die Krankenkassen. Hier bleiben als Reaktion nur ein funktionierendes Mahnwesen und ein konsequentes Vorgehen.

Erster Schritt zu einer möglichst zeitnahen Rechnungsstellung ist die schnelle End-Kodierung der Fälle und die Freigabe zur Rechnungsstellung.

3.4.4 Potenzielle Fehlerquellen bei der Leistungsabrechnung

Die zuvor beschriebenen Prozesse zur Kodierung, internen Qualitätssicherung und schließlich zur Rechnungsstellung erfordern je nach Ansatz unterschiedlich intensive zeitliche und personelle Ressourcen. Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass aufgrund der Komplexität des DRG-Abrechnungssystems eine Vielzahl von Regularien und Funktionalitäten zu beachten sind, die es bei der früheren Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen nicht gab.

Wesentlicher Aspekt hinsichtlich möglicher Fehlerquellen bei der Leistungsabrechnung ist die Ergebnisauswirkung in beide Richtungen: zu Gunsten der Kostenträger und zu Gunsten der Leistungserbringer. In § 17c KHG (vgl. Kapitel 3.5.3) geht der Gesetzgeber neben der potenziell zu hoch gestellten Rechnung ebenso von zu niedrig ausgestellten Rechnungen aus. Dies ist auf den Gesamtprozess der Leistungsabrechnung übertragbar. Wie die bereits dargestellte Situation hinsichtlich der Kodierung und der damit zusammenhängenden Prozesse veranschaulicht hat, handelt es sich um ein sehr komplexes und spezifisches Abrechnungssystem mit zahlreichen Regularien, jedoch auch mit zahlreichen Unklarheiten und Handlungsfreiheiten. Dem zu Folge ist es nahezu unvermeidlich, im Gesamtprozess der Leistungsabrechnung zu unterschiedlichen Ergebnissen zu gelangen.

Zu den typischen Fehlerquellen in der Leistungsabrechnung zählt eine nicht ausreichende Schulung oder mangelndes Grundverständnis der mitwirkenden Mitarbeiter (Ärztlicher Dienst, Kodierfachkräften). Dies ist in den heutigen Strukturen jedoch weitgehend reduziert, da das DRG-System bereits acht Jahre besteht und weiterhin eine gewisse Konzentration der Abrechnungskompetenz in Gestalt von Kodierfachkräften und Medizin-Controllern in den Krankenhäusern stattfand.

Nicht zu vernachlässigen ist weiterhin der Aspekt des Ausbildungsauftrages an den Krankenhäusern. Weniger erfahrene Assistenzärzte treffen tendenziell vorsichtiger Entscheidungen zu Gunsten des Patienten, wenn es bspw. um die Aufnahme ins Krankenhaus geht. Diese Fälle sind im Nachhinein u. U. mit Kostenträgern und MDK zu diskutieren. Gründe sind hier im Bereich der primären Fehlbelegung zu sehen, nicht in einer vorsätzlichen Falschabrechnung.

Ein größerer Aspekt hinsichtlich möglicher Fehler im Abrechnungssystem ist der zeitliche Druck, unter dem in allen Bereichen des Krankenhauses gearbeitet wird. Nicht immer ist es möglich, Fragen zur Kodierung berufsgruppenübergreifend ausreichend zu kommunizieren, so dass es nicht selten vorkommt, dass ein Fall auch ohne vorhandenen Arztbrief oder ohne vollständige Krankenakte nur anhand des Arztbriefes zur Abrechnung freigegeben wird. Tendenziell handelt es sich hierbei mehr um eine zu geringe Kodierung mit der Konsequenz, dass eine zu niedrige Rechnung gestellt wird.

3.5 Prozesse zur Rechnungsabstimmung mit den Kostenträgern

Über die Quote der durchschnittlich durch den MDK geprüften Fälle gibt es unterschiedliche Aussagen. Der MDK selbst gibt eine Prüfquote von ca. 12 % an, die Frühjahrsumfrage 2011 von medinfoweb.de, myDRG und der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling Regionalverband Mitteldeutschland beziffert sie auf 11,2 %. Aus der BDO-Umfrage ergibt sich für das Jahr 2010 eine mittlere Prüfquote von 10,4 %.

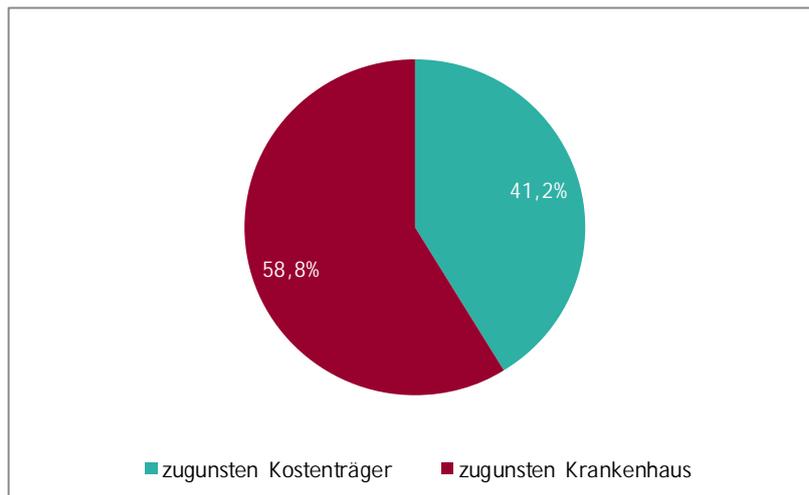


Abb. 11: Ergebnis der MDK-Prüfungen 2010 gem. der Frühjahrsumfrage 2011 von medinfoweb.de et.al.

Von den geprüften Fällen wurden im Mittel 41,2 % zugunsten der Sozialleistungsträger entschieden. In 58,8 % der geprüften Fälle wurde die Richtigkeit der gestellten Rechnungen durch den MDK mindestens bestätigt. Die im Rahmen der Prüfung gewonnen Erkenntnisse führten darüber hinaus bei 3,18 % der Fälle zu einer Erhöhung des ursprünglichen Rechnungsbetrages. Bezogen auf alle geprüften Fälle betrug der mittlere Case-Mix Verlust im Jahr 2010 0,162. Dies entspricht ca. 475 EUR (Basisfallwert Berlin 2.935 EUR) pro betroffenem Fall.

3.5.1 Unbeanstandete Rechnungsbegleichung

Der häufigste Weg zur Begleichung einer durch das Krankenhaus gestellten Rechnung ist die Begleichung der Rechnung nach technisch-formeller und systematisierter inhaltlicher Prüfung durch die Prüf-Software der Krankenkassen. Entsprechend den Ausführungen der TKK werden 45-50 % der Fälle zunächst als „auffällig“ selektiert.²⁶ Entsprechend werden 50-55 % der Rechnungen unbeanstandet beglichen.

3.5.2 Beanstandung von Rechnungen ohne Einbeziehung des MDK

Die Einführung der MDK-Aufwandspauschale gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V²⁷ durch den Gesetzgeber i. H. v. 300 EUR (vgl. Kapitel 3.5.3.3) hat zunächst nicht wie beabsichtigt zu

²⁶ Vgl. Beyrle, (2010a)

²⁷ Das Gesetz gewährt den Krankenhäusern eine Aufwandspauschale, sofern die Abrechnungsprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat.

einer restriktiveren Vergabe von Prüfaufträgen durch die Kostenträger geführt. Vielmehr ist ein Trend dahingehend erkennbar, dass die Kostenträger Rechnungen nicht akzeptieren, ohne zunächst den vorgesehenen Prüfweg über den MDK einzuleiten. Oftmals geht dies einher mit einem Zurückhalten des Rechnungsbetrages, zu dessen Zahlung die Kostenträger jedoch zunächst verpflichtet sind.

3.5.3 Beanstandung von Rechnungen unter Einbeziehung des MDK

Die Krankenkassen verfügen nicht über ein eigenes Prüfungsrecht bei Rechnungsunstimmigkeiten. Dieses Recht auf Einsicht in die Krankenakten/Behandlungsunterlagen kommt allein dem MDK zu.

Sogenannte „verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen“ werden im Krankenhaus gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durchgeführt. Der vorgesehene offizielle Prüfweg beginnt mit der Beauftragung des MDK über den zuständigen Kostenträger. Dieser Prüfauftrag muss seit dem 1. April 2007 auf bundesgesetzlicher Ebene spätestens sechs Wochen nach Rechnungseingang bei der Krankenkasse durch die Krankenkassen und den MDK gemeinsam beim Krankenhaus angezeigt werden. Die Form der Anmeldung ist nicht durch den Gesetzgeber vorgegeben. Außerhalb dieser sechswöchigen Frist verliert die Krankenkasse ihr Recht auf Prüfung und Beanstandung der Rechnung.

Spätestens bei Aufforderung zur Terminierung einer Inhouse-Prüfung/Vorort-Begehung (vgl. Kap. 3.5.3.2) oder der Aufforderung zum Versand relevanter Auszüge aus der Krankenakte seitens des MDK muss dem Krankenhaus der Inhalt des konkreten Prüfauftrages (vgl. nachfolgend Kap. 3.5.3.1) bekannt gemacht werden. Nur so ist gewährleistet, dass der Versand entsprechend dem Erfordernis erfolgt und der Datenschutz gewahrt wird. Eine über das notwendige Maß hinausgehende Übermittlung von Daten zieht möglicherweise den Tatbestand einer Strafbarkeit gemäß § 203 StGB für Verstöße gegen den Datenschutz nach sich.

Grundsätzlich ist der MDK nicht berechtigt, den Prüfauftrag ohne Änderungsauftrag der Kostenträger abzuändern, bspw. bei Einsichtnahme in die Akten. Eine Änderung muss über die Krankenkassen erfolgen und ist nur innerhalb der beschriebenen Sechs-Wochen-Frist zulässig.

Neben der Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V gibt es das Prüfverfahren nach § 17c KHG. Demnach sind die Kostenträger berechtigt, Stichprobenprüfungen durchzuführen, die sich (entsprechend dem Mehrheitsbeschluss der Krankenkassen) auf bestimmte Fachabteilungen bzw. Organisationseinheiten, Diagnosen, Prozeduren oder DRG beziehen können. Bei Feststellen fehlerhafter Abrechnungen sind gemäß § 17c Abs. 3 KHG zunächst Ursachen und Umfang zu erheben. Dies umfasst jedoch sowohl zu hoch als auch zu niedrig abgerechnete Fälle, was als Basis für ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren dienen soll. Diese Prüfung nach § 17c KHG hat sich in der Praxis derzeit jedoch nicht umfassend etabliert. Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass eine zu niedrige Abrechnung zur Berücksichtigung in dem Verfahren nach § 275 SGB V grundsätzlich unter dem Aspekt des definierten Kassenauftrags nicht vorgesehen ist. Hier bleibt dem Krankenhaus lediglich der Weg der Rechnungsstornierung und Neukodierung innerhalb eines zeitlich begrenzten

Korridors, sofern eine zu niedrige Kodierung vor endgültigem Fallabschluss seitens des Krankenhauses überhaupt erkannt wird.

Eine weitere Form der Prüfung sind Strukturprüfungen in Krankenhäusern (und Pflegeeinrichtungen). Zur Erbringung verschiedener OPS-Kodes, insbesondere Komplexbehandlungen, werden verschiedene strukturelle Merkmale vorausgesetzt, damit die betreffende Leistung überhaupt im Sinne des OPS erbracht werden kann. Komplexbehandlungen sind gekennzeichnet durch personelle, strukturelle und medizinisch-inhaltliche Mindest- und Qualitätsanforderungen und haben eine hohe Erlösrelevanz. Grundsätzlich dürfen im Rahmen der Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V lediglich die Daten an den MDK übermittelt werden, die sich auf den zu prüfenden Einzelfall beziehen. Weiterführende Dokumente wie z. B. Dienstpläne unterliegen nicht dieser Prüfung im eigentlichen Sinne. Andererseits ist eine vollumfängliche Prüfung des Einzelfalles nur möglich, wenn Kenntnis über die Voraussetzung zur Erbringung der bestimmten Kodes besteht. Rechtlich befindet sich dieser Tatbestand in einer Grauzone (vgl. Gerichtsbescheid des SG Saarland vom 7.10.2009 (Az.: S 23 KR 355/09)). Oft ist es jedoch auch das eigene Interesse der Krankenhäuser, die Strukturen zur Erfüllung der Anforderungen bestimmter Kodes nachzuweisen um eine immer wiederkehrende Diskussion mit dem MDK zu vermeiden (vgl. Kapitel 3.3.3). Demzufolge finden immer häufiger gemeinsam terminierte Strukturprüfungen statt. Die Rechtsgrundlage für die Gültigkeit der Behebungsergebnisse ist jedoch nicht eindeutig.

3.5.3.1 Prüfgründe

Durch das komplexe Abrechnungssystem und die dem zugrunde liegenden beeinflussenden Parameter gibt es entsprechend vielfältige Gründe, eine durch das Krankenhaus in Rechnung gebrachte Leistung zu überprüfen. Aufgrund des Gebotes der Wirtschaftlichkeit besteht grundsätzlich die Intention der Kostenträger, erbrachte medizinische Leistungen so preisgünstig wie möglich zu vergüten.

Bezogen auf die Frühjahrsumfrage 2011 durch medinfoweb.de, myDRG und die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling Regionalverband Mitteldeutschland auf Basis der Daten des Jahres 2010 geben die befragten Krankenhäuser die nachfolgende Häufigkeitsverteilung der MDK-Prüfgründe gemäß Abb. 12 an:

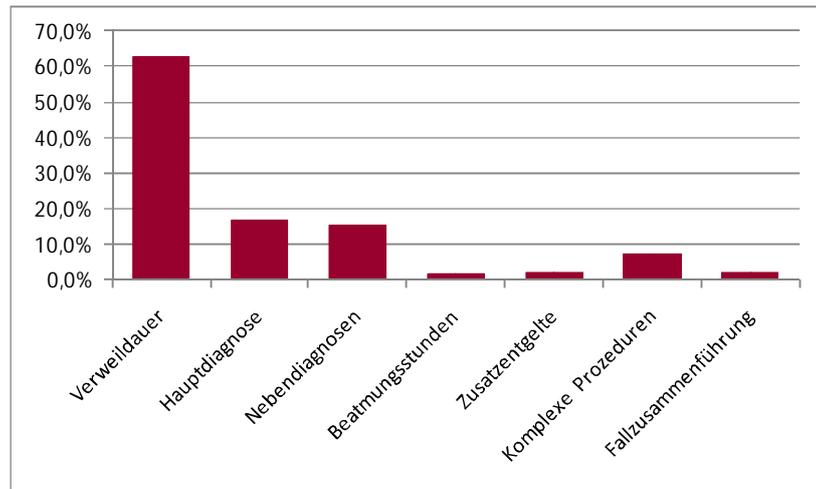


Abb. 12: MDK-Prüfgründe 2010 (Angaben in %)

Die Prüfung der Verweildauer, zusammengesetzt aus Überschreitung von Unterer und Oberer Grenzverweildauer (sekundäre Fehlbelegung) sowie stationärer Behandlungsbedürftigkeit (primäre Fehlbelegung), war mit 62,8 % der häufigste Prüfungsgrund des MDK. Fragen nach den korrekten Angaben zu Haupt- oder Nebendiagnosen waren nur in 16,5 % bzw. 15,3 % der Fälle Prüfgrund.

Allerdings ist hier ein deutlicher Trend zu beobachten, der sich wie folgt beschreiben lässt: mit der DRG-Einführung lag der Fokus hinsichtlich der Rechnungserstellung zunächst auf Kodierfehlern. Heute finden zunehmend Prüfungen zur stationären Behandlungsnotwendigkeit statt.²⁸ Es wird folglich aus retrospektiver Sicht die durch die Krankenhausärzte veranlasste und durchgeführte stationäre Behandlung in Frage gestellt.

Das DRG-System ist als „lernendes System“ gekennzeichnet. In den Anfangsjahren gab es einhergehend mit dem jährlichen Katalogwechsel auch einschlägige Veränderungen in den der Abrechnung zugrunde liegenden Regelwerken, nicht zuletzt durch das Engagement der einzelnen Fachgesellschaften und deren Anträge im Rahmen des Vorschlagswesens. Insgesamt ist von einer leistungsgerechteren, aber komplexen Entwicklung auszugehen. So wurde bspw. im Jahr 2006 zur leistungsgerechteren Vergütung von Mehrfacheingriffen am Bewegungsapparat die Funktion „Eingriffe an mehreren Lokalisationen“ eingeführt, welche Auslöser für eine höherwertige DRG verschiedener Basis-DRG im Bereich Muskel-Skelett-System sowie im Bereich der Polytraumata wurde. Im Jahr 2007 änderte sich die Berücksichtigungssystematik der intensivmedizinischen Aufwandspunkte, indem niedrigere Grenzwerte als Splitkriterium („Trennungsauslöser“ der leichteren zur schwereren DRG innerhalb einer Basis-DRG) erforderlich wurden. Weiterhin bildeten sich neue Behandlungen wie die komplexe Vakuumbehandlung als eigene, neue DRG ab.

Mittlerweile besteht das DRG-System in Deutschland seit acht Jahren; in den maßgeblichen Regelwerken werden keine grundlegenden Veränderungen mehr vorgenommen, die Fehlerhäufigkeit aufgrund von Unsicherheiten und jährlichen Anpassungsproblemen kann mittlerweile als weitgehend minimiert betrachtet werden.

²⁸ Vgl. Roeder, Fiori, Bunzemeier (2010a)

Prüfungen durch die Krankenkassen sind oft regelbasiert; aufgrund verschiedener erfüllter oder nicht erfüllter Parameter werden bestimmte Fallkonstellationen selektiv zur Prüfung ausgewählt. Mit wechselndem Katalog kann sich entsprechend auch das Prüfverhalten der Kostenträger ändern.²⁹ Die Parameter, nach denen Fälle zur Prüfung ausgewählt werden, sind zumeist in zwei Detaillierungsebenen zu unterteilen: zunächst wird durch eine Prüf-Software abrechnungstechnisch und medizinisch automatisiert geprüft, bei Anzeige möglicher Fehler im Anschluss durch einen Mitarbeiter.

Generell kann davon ausgegangen werden, dass alle Rechnungen, alle stationären Fälle über ein Prüftool der Krankenkassen laufen.³⁰ Aufgrund der definierten Parameter kann eine Vorselektion stattfinden; die TKK geht hier von etwa 45-50 % der Fälle aus, die „auffällig“ sind.³¹ Aus der Gesamtheit dieser Fälle wird eine weitere Auswahl - zumeist durch Krankenkassen-interne medizinische Berater - getroffen und die dadurch gefilterten Fälle (gemäß TTK etwa 10-12 %) gehen zur Prüfung zum MDK. Berichten aus den beteiligten Krankenhäusern der BDO-Umfrage zur Folge und nach Angabe der MDK-Gemeinschaft³² gibt es auch direkte Absprachen zwischen MDK-Gutachtern und Kostenträgern. Hierbei fungiert der MDK-Gutachter bereits als Kassen-Berater zur Vorauswahl der Fälle, die geprüft werden sollen. Angabegemäß reduziere sich hierdurch sowohl der Aufwand auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der Krankenhäuser.

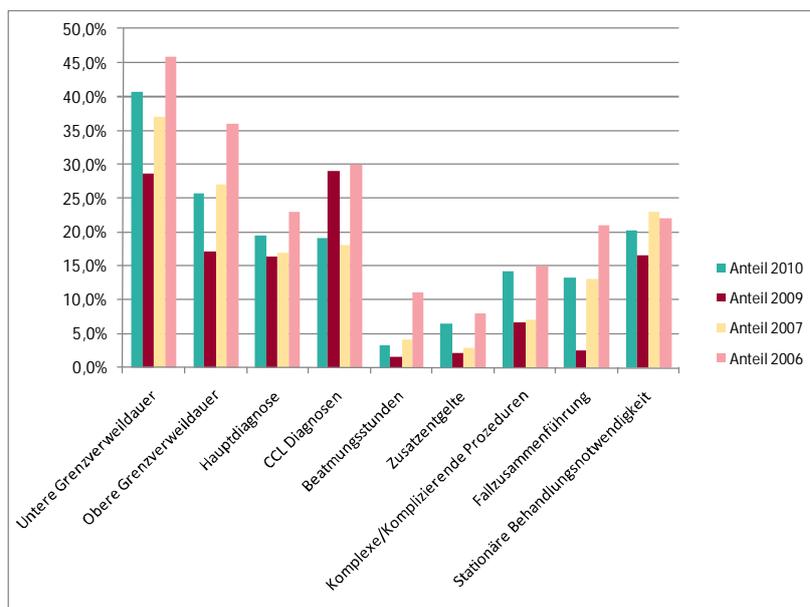


Abb. 13: Prüfgründe „zugunsten Kostenträger“ 2010, 2009, 2007 und 2006 im Vergleich

Gemäß der TTK beträgt die „Erfolgsquote“ bezogen auf die durch den MDK begutachteten Fälle über 50 %, wobei der durchschnittliche monetäre Effekt pro Gutachten über

²⁹ Vgl. Roeder, Fiori, Bunzemeier, (2010b)

³⁰ Vgl. Beyrle, (2010b)

³¹ Vgl. Beyrle, (2010c)

³² Vgl. MDK (o.J.a)

500 EUR beträgt.³³ Bundesweit ist von einer Quote um rd. 40 % auszugehen (entspricht ca. 4 % der Gesamtzahl an Rechnungen).³⁴ Diese hohe Quote resultiert aus der strukturierten Vorauswahl möglicher diskutierbarer Fälle. An dieser Stelle sei bemerkt, dass diese Quote nicht eine Erfolgsquote aus Sicht der Krankenkassen darstellt, die falsche Abrechnungen seitens der Leistungserbringer beschreibt. Vielmehr gibt es eine Reihe von Gründen, nach erster Rechnungsstellung nachträglich eine Korrektur im Konsens mit MDK und/oder Kostenträgern vorzunehmen (vgl. dazu Kapitel 3.5.3.4), welche nicht mit einer Falschabrechnung oder gar vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Falschabrechnung gleichzusetzen ist.

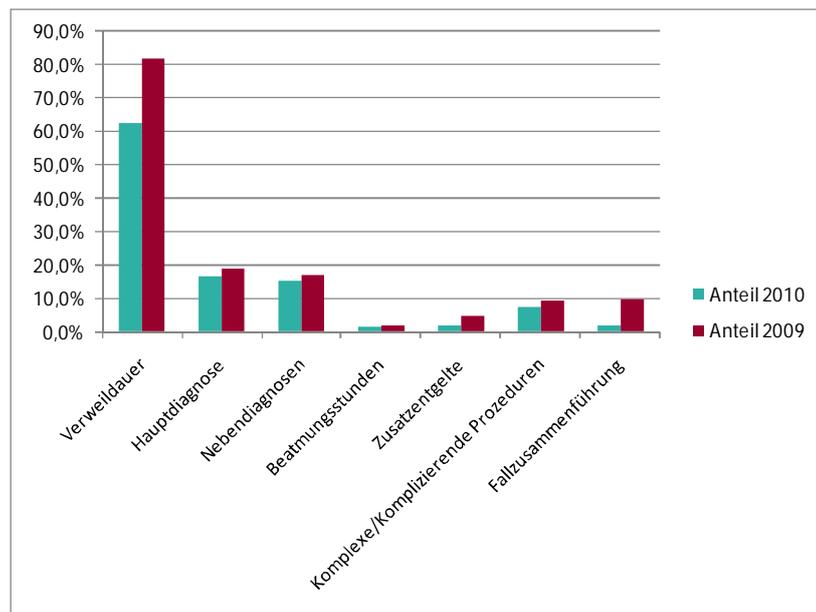


Abb. 14: Prüfgründe 2010 und 2009 im Vergleich³⁵

Prüfgründe im Einzelnen sind:

Verweildauer

Wo der Verweildauer in Deutschland früher noch eine erhebliche Bedeutung zukam (Vergütung nach Tagessätzen), spielt sie im DRG-System nur noch in bestimmten Fällen eine relevante Rolle. Ziel der Einführung des DRG-Systems war es u. a., die Verweildauer zu senken und Unwirtschaftlichkeiten in der Krankenhausbehandlung zu vermeiden (vgl. Ausführungen in Kapitel 3.3).

³³ Vgl. Beyrle, (2010d)

³⁴ Vgl. Hasenbein, (2010a)

³⁵ Vgl. medinfoweb.de, (2010)

Der Anteil MDK-Prüfungen relativ zu den Gesamtfällen hat sich im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr nicht verändert. Der „vermeintliche“ Rückgang zum Jahr 2009 aufgrund der einzelnen Prüfgründe, den die Abbildung suggeriert, resultiert aus gezielteren Prüfanfragen der Krankenkassen und des MDK. 2009 wurden Fälle häufiger auf gleich mehrere Kriterien (z. B. Verweildauer und Nebendiagnosen) geprüft, weshalb sie in der Auswertung auch mehrmals eingeflossen sind.

Am wirtschaftlichsten für das Krankenhaus ist folglich i. d. R. eine Entlassung nach Erreichen der Unteren Grenzverweildauer, jedoch möglichst weit unterhalb der Oberen Grenzverweildauer.

Für die Kostenträger wird die Verweildauer dann relevant, wenn die in Kapitel 3.3.3 beschriebenen Szenarien der Tangierung der Grenzverweildauern zutreffen. Durch Überschreitung der Oberen Grenzverweildauer stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit einer längeren Krankenhausbehandlung und somit der Zahlung von Zuschlägen zuzüglich der DRG-Pauschale. Lassen sich hierbei die Langlieger-Tage nicht durch eine lückenlose Dokumentation belegen, kann die Berechnung des Zuschlages durch den MDK-Gutachter aberkannt werden. Eine häufige Ursache hierfür ist, dass die Leistung (in dem Falle: die Krankenhausbehandlung an den bestimmten Tagen) zwar erbracht und notwendig war, jedoch aus Zeitmangel und Prioritätensetzung (Patientenbehandlung ist prioritär vor Dokumentation zu sehen) die Dokumentation unzureichend ausfällt und nicht als Beleg dieser Notwendigkeit geeignet ist.

Bei der Überschreitung der Oberen Grenzverweildauer handelt es sich nicht selten um sozialmedizinische Aspekte, die eine Entlassung des Patienten zunächst nicht erlauben. Ist ein Patient nicht in der Lage, sich zuhause selbstständig weiterzuversorgen und ist eine zukünftige Versorgung über eine Rehabilitationseinrichtung oder einen Pflegeheimplatz noch nicht genehmigt, so bleibt dem Krankenhaus aus sozialmedizinischen Aspekten oftmals keine andere Wahl, als den Patienten bis zu einer nahtlosen Verlegung stationär zu versorgen. Die Organisation von Kurzzeitpflegeplätzen wird zunehmend über den Sozialdienst oder die sog. Pflegeüberleitung vorgenommen, doch die Plätze sind rar. Die Zuteilung dieser erfolgt durch die Kostenträger.

Weiterhin wird seitens der MDK-Prüfung oftmals ein theoretischer, reibungsloser Ablauf im Krankenhaus vorausgesetzt, d. h. alle notwendigen Diagnostik- und Therapiemaßnahmen stehen für den betreffenden Patienten umgehend zur Verfügung. Dies ist trotz verbesserter Behandlungsabläufe im Krankenhaus realitätsfern. In der Praxis entstehen z. B. aufgrund von Notfällen durchaus Wartezeiten, so dass innerhalb eines selbst gut organisierten Behandlungsablaufes kapazitätsbedingte Verzögerungen bei geplanten Untersuchungen oder Operationen entstehen können.

Ein weiterer Aspekt ist typischerweise im Bereich der Wundheilungsbehandlung zu finden. Es gibt heute sehr fortschrittliche Behandlungsmöglichkeiten, die auch Patienten mit schweren Gefäßproblemen und Wundheilungsstörungen erfolgreich therapieren können. Sog. Wundmanager im Krankenhaus haben sich darauf spezialisiert, für jeden Patienten die individuell passende Therapieform zu finden und diese engmaschig stationär zu betreuen. Die Behandlung verläuft naturgemäß bei den genannten Patienten sehr zäh, so dass die Obere Grenzverweildauer der jeweiligen DRG tangiert werden kann. Eine vorzeitige Entlassung in den ambulanten Versorgungssektor gewährleistet jedoch insbesondere bei älteren Patienten nicht die adäquate Weiterführung der gewählten Therapie, weiterhin stehen die stationären Therapieformen im ambulanten Bereich u. U. nur eingeschränkt zur Verfügung. Wird die Therapie frühzeitig ambulant fortgeführt, kann es erneut zu Wundheilungsproblemen kommen, welche in einem weiteren Krankenhausaufenthalt wiederholt therapiert werden müssen, wobei dieser Aufenthalt durch Aus-therapierung hätte vermieden werden können. Es gibt keinen exakt bestimm- baren Tag,

ab welchem eine ambulante Weiterbehandlung empfehlenswert oder medizinisch indiziert wäre. In der retrospektiven Verhandlung kommt es häufig notgedrungen zu willkürlichen Verhandlungslösungen, bei welchen z. B. ein oder zwei Tage abgezogen werden.

Anders als bei der zuvor beschriebenen Langliegerproblematik verhält es sich bei der Primären Fehlbelegung. Hier kommen unterschiedliche Funktionen zum Tragen: zum einen werden die Kriterien des Ambulanten Operierens nach § 115b SGB V abgeprüft. Auch bei Vorhandensein der operativen Leistung im AOP-Katalog kann eine stationäre Behandlung bzw. Überwachung erforderlich sein. Hierbei spielen bspw. auch soziale Komponenten eine Rolle, welche häufig nicht durch die Kostenträger finanziert werden. In der Praxis wird sich in solchen Fällen häufig auf Kompromisse in Form einer Vergütung dieser vermeintlich ambulanten Behandlung zu Gunsten einer Ein-Tages-Fallpauschale³⁶ geeinigt.

Zum anderen werden auch hier die jeweiligen Fallkonstellationen geprüft; ein junger Patient ohne Nebenerkrankungen mit niedriger Verweildauer oder Unterschreitung der Unteren Grenzverweildauer wird potenziell als ambulanter Fall identifiziert.

Onkologische Behandlungszyklen sind meist ambulant bzw. tagesklinisch durchführbar. Die zumeist schwerstkranken Patienten sind im Krankenhaus i. d. R. hinlänglich bekannt, so dass der behandelnde Arzt den Allgemeinzustand des Patienten sehr gut einschätzen kann. Entscheidet sich der Arzt bewusst zu einer stationären Aufnahme ins Krankenhaus, so liegt dies bspw. an den Nebenwirkungen, die die verabreichte Therapie bei dem bestimmten Patienten auslöst und die einer verstärkten Überwachung bedarf. Retrospektiv wird seitens des MDK häufig diese Entscheidung des Arztes in Frage gestellt und auf Primäre Fehlbelegung entschieden.

Ein Trend hinsichtlich der Verweildauer ist die Intention der Kostenträger, die Verweildauer auf den Bereich unterhalb der Unteren Grenzverweildauer zu kürzen; Abb. 15 zeigt einige Beispiele aus dem Fallpauschalenkatalog 2011 mit den Auswirkungen, wenn ein Patient nur einen Tag stationär behandelt wird (Bezugsgröße Basisfallwert Berlin). Weiterhin zeigt u. a. Abb. 13 den Anteil, den der Prüfgrund „Untere Grenzverweildauer“ mit dem Ergebnis zugunsten der Kostenträger abbildet. Hierbei ist zu erkennen, dass es sich bei dem Vorgehen der Krankenkassen durchaus um eine Motivation handeln kann, ihrerseits Kosten einzusparen, indem eine durchgeführte Krankenhausbehandlung, welche innerhalb der definierten, also „üblichen“ Verweildauergrenzen stattfand, retrospektiv entweder auf ein Minimum der stationären Behandlung zu reduzieren (ein Tag Verweildauer oder vorstationäre Behandlung, in aller Regel mit Abschlägen verbunden) oder den Fall gar ambulant abzurechnen.

Der Patient wurde regulär behandelt, so wie es auch der Zweck der definierten Verweildauergrenzen ist, ex post wird diese Behandlung jedoch durch die Kostenträger nicht anerkannt. Dies widerspricht dem grundsätzlichen Ziel des DRG-Systems, keine verfrühten und risikobehafteten Entlassungen durchzuführen (vgl. Kapitel 3.3.1). Die Intention der Kassen ist dem entgegengesetzt, wobei das medizinische Risiko, welches die Selbstverwaltung durch die Festlegung der Unteren Grenzverweildauer minimieren wollte, ja

³⁶ DRG-Fallpauschale mit maximalem Abschlag für Unterschreitung der Unteren Grenzverweildauer.

durch die reguläre Behandlung im Krankenhaus tatsächlich nicht bestand. Insofern kann festgehalten werden, dass der Patient behandelt wurde, wie es das DRG-System vorsieht (innerhalb definierter Verweildauerkorridore), die Krankenkassen die Leistungen jedoch nicht entsprechend vergüten.

Aus der Praxis werden vermehrt Verweildauerkürzungen bei knapper Überschreitung der Unteren Grenzverweildauer durch den MDK in folgenden Fällen berichtet:

- Postoperative Schmerztherapie
- Liegende Wunddrainagen
- Notwendigkeit der Einhaltung bestimmter Lagerungen
- Ruhigstellung oder Schonung von Extremitäten
- Postoperative Wundbehandlung und Entfernung von Wundnähten

Starke Schmerzen oder noch liegende Drainagen stellen bspw. für den MDK keinen Grund mehr für eine stationäre Versorgung des Patienten dar. Für den verantwortlichen Arzt ist jedoch eine frühere Entlassung unter diesen Umständen nicht zu vertreten.

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Erlös DRG	Erlös unter Berücksichtigung der Abschläge der Unteren Grenzverweildauer	Differenz	
				Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag			Abschlag in EUR	Abschlag in %
B80Z	Anderer Kopfverletzungen	0,305	2,3	1	0,123	895,18 €	534,17 €	- 361,01 €	-40%
F19C	Anderer perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne Vorhofkatheterschluss, Alter > 5 Jahre	1,689	4,7	1	0,660	4.957,22 €	3.020,12 €	- 1.937,10 €	-39%
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,799	6,6	1	0,748	5.280,07 €	3.084,69 €	- 2.195,38 €	-42%
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,733	6,5	1	0,614	5.086,36 €	3.284,27 €	- 1.802,09 €	-35%
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bosartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff	1,540	7,4	1	0,468	4.519,90 €	3.146,32 €	- 1.373,58 €	-30%
G24Z	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre	0,768	3,6	1	0,271	2.254,08 €	1.458,70 €	- 795,39 €	-35%

Abb. 15: Auszug aus der FPV 2011 zum Beispiel Abschläge infolge der Unterschreitung der Untere Grenzverweildauer

Darüber hinaus liegen oftmals medizinische Streitfragen zugrunde; als Beispiel sei angeführt, dass ein Kind mit Verdacht auf Commotio cerebri (Gehirnerschütterung) gemäß der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie unter regelmäßiger Prüfung vom Kreislaufparametern 48 Stunden überwacht werden soll.³⁷ Gemäß gängiger europäischer Literatur wird zunächst eine Überwachung über 24 Stunden empfohlen. Dieses Beispiel zeigt, dass es an dieser Stelle kein medizinisches Richtig oder Falsch gibt. Ein deutscher Arzt folgt i. d. R. den deutschen Leitlinien, welchen ein definierter

³⁷ Vgl. AWMF, (2002)

Qualitäts- bzw. Behandlungsstandard zugrunde liegt. In der Diskussion um die Überwachung von 24 oder 48 Stunden geht es in monetärer Hinsicht um rd. 534 EUR oder 895 EUR. Durch Abschläge durch Nicht-Erreichen der Unteren Grenzverweildauer entfallen 40 % des Entgeltes.

Eine weitere regelmäßige Streitfrage zielt in Richtung der präoperativen Verweildauer. Bei älteren und multimorbiden Patienten ist es oft kaum beurteilbar, inwiefern sie die unbedingte Anforderung befolgen können, nüchtern und unter Absetzen der eigenen Medikamente am erst OP-Tag ins Krankenhaus zu kommen. Um eine reibungslose Behandlung zu gewährleisten, ist es daher aus ärztlicher Sicht prospektiv oftmals indiziert, den Patienten bereits einen Tag vor OP stationär aufzunehmen, um die Voraussetzungen zur Durchführung des geplanten Eingriffes zu überwachen.

Diagnosen

Die Hauptdiagnose muss nicht zwangsläufig der Aufnahmediagnose entsprechen. Sie bildet jedoch auch nicht immer automatisch die Erkrankung mit dem höchsten Aufwand ab. Hat ein Patient bspw. eine schwerwiegende Grunderkrankung, z. B. ein Tumorleiden, kommt jedoch mit einer unabhängig davon bestehenden Diagnose ins Krankenhaus, z. B. einer Oberschenkelhalsfraktur in Folge eines Sturzes, so bildet letztere i. d. R. die Hauptdiagnose, auch wenn die Mitbehandlung der Grunderkrankung im Krankenhausaufenthalt ebenfalls einen hohen Ressourcenverbrauch verursacht.

Die Hauptdiagnose ist primär richtungsweisend für die Eingruppierung in die Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Categories - „MDC“) und in die DRG. Die Fragestellungen hinsichtlich der Hauptdiagnosen sind oftmals medizinische Sachverhalte. So ist als ein Beispiel ein Krankenhausaufenthalt mit diabetischem Fußsyndrom zu nennen; kommt der Patient zu einer Gefäßoperation ins Krankenhaus, stellt sich die Frage, ob die Ursache (Diabetes mellitus) oder der aktuelle Grund für die Krankenhausbehandlung (Periphere arterielle Verschlusskrankheit, operative Maßnahme: Bypass) zu verschlüsseln ist. Hierbei wird meist ein kausaler Zusammenhang mit der Grunderkrankung vorausgesetzt, welcher jedoch nicht zwingend besteht. Aufgrund eines ausgeprägten Nikotinabusus kann die Diagnose bspw. eine andere Ursache als den Diabetes haben. Der Unterschied durch die Kodierung der Hauptdiagnose äußerte sich bis zum Jahr 2010 noch in einer Differenz i. H. v. rd. 2.471 EUR (6.752 EUR bei Hauptdiagnose im Bereich Gefäße zu 4.281 EUR durch den Diabetes mellitus mit Gefäßkomplikationen). Wichtig ist an dieser Stelle zu bemerken, dass es sich um ein und denselben Eingriff handelt, welcher denselben Ressourcenaufwand im Krankenhaus verursacht. Im Jahre 2011 konnte diese langjährige und schwerwiegende Problematik jedoch durch das Anfrageverfahren des InEK (vgl. Kapitel 3.4.1) ausgeräumt werden, indem beide Kodierungen nun in dieselbe MDC und DRG führen.

Durch die Hauptdiagnosen des ICD-10-Kataloges ist ein Kapitel zu „Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert“ vorgesehen. Hierunter findet sich bspw. die Diagnose „Komplikation nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken“, welche u. a. die Diagnose Thrombophlebitis umfasst, so auch im ICD-10 beschrieben. Die Wahl des „Komplikations-Kodes“ führt in eine DRG mit einem Entgelt von rd. 1.870 EUR (Bezugsgröße Basisfallwert Berlin), die Kodierung der Thrombophlebitis aus dem Bereich „Krankheiten der Venen, der

Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert“ führt zu einem Entgelt i. H. v. rd. 1.805 EUR. Beide Codes beschreiben den Aufnahmegrund ins Krankenhaus und sind abrechnungstechnisch korrekt.

Ausschlaggebend für die Kodierung einer Nebendiagnose ist, dass therapeutische oder diagnostische Maßnahmen bzw. ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand vorliegen muss, um den Ressourcenaufwand des Krankenhauses widerzuspiegeln und das Krankenhaus diesen Aufwand zur Rechnungsermittlung heranziehen darf. Wesentliches Kriterium ist hierbei die Dokumentation in der Patientenakte, die die Kodierung der jeweiligen Nebendiagnose ausreichend belegt. Nimmt bspw. ein Diabetiker seine hausärztlich verordneten Medikamente selbstständig ein, ohne dass dem Krankenhaus durch materielles Bereitstellen der Medikamente an sich oder durch erhöhte Überwachungsfunktion ein Mehraufwand entsteht, so darf die Nebendiagnose nicht erfasst werden. Erhält der Patient jedoch die Medikation durch das Krankenhaus und/oder ist ein erhöhter Kontrollaufwand erforderlich, so ist die Diagnose kodierfähig.

Die Wahl der Nebendiagnose stellt wie auch die der Hauptdiagnose oftmals eine medizinische Streitfrage dar. Als Beispiel sei an dieser Stelle die Unterscheidung eines Paravasates zu einer Thrombophlebitis genannt. Ein Paravasat entsteht bspw., wenn eine Infusion nicht in die Vene läuft, sondern in das umliegende Gewebe. Eine Thrombophlebitis als oberflächliche Entzündung der Venen entsteht oft durch eine Reizung z. B. infolge eines venösen Zugangs. Das Bild beider Diagnosen äußert sich durch eine entzündliche Reaktion um die Einstichstelle des venösen Zuganges und des umliegenden Gewebes. Eine medizinische Bewertung, um welche Diagnose es sich handelt, ist schwierig und nicht eindeutig abgrenzbar.

Beatmungsstunden

Beatmungsstunden sind wesentlicher Auslöser der oftmals hoch bewerteten DRG der Prä-MDC. Im § 301-Datensatz muss die Dauer der Beatmung erfasst werden.

Die Beatmung ist gekennzeichnet durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten³⁸. I. d. R. verfügt der Patient über einen Zugang wie Intubation oder Tracheotomie oder auch Maskensysteme.

Es gibt eine Vielzahl an Vorgaben zur Berechnung der Beatmungsdauer in den Kodierrichtlinien, u. a. die Definition von Beginn und Ende des relevanten Beatmungsintervalls oder die Berücksichtigung des Zeitraums der Entwöhnung vom Beatmungsgerät (z. B. durch Masken-CPAP). Diese führen jedoch regelmäßig zu Auseinandersetzungen mit dem MDK. Unstrittig ist, dass sowohl ein beatmeter Patient als auch ein Patient, der von der unterstützten Beatmung entwöhnt wird, in der medizinischen Behandlung einen erhöhten Überwachungsaufwand verursacht. Auslöser für die Bestimmung des Entgeltes sind die gezählten Beatmungsstunden. In dem Behandlungskomplex maschineller Beatmung, Entwöhnung vom Gerät mit Hilfe von CPAP und Extubationszeitpunkt entstehen oftmals unterschiedliche Zählansätze für die Beatmungsstunden.

Patienten, die mit einem Heimbeatmungsgerät ausgestattet sind und im Krankenhaus ebenso weiterbeatmet werden, allerdings ohne Intubation oder Tracheotomie, gelten

³⁸ Vgl. Deutsche Kodierrichtlinien (2010e)

nicht als Beatmungspatienten, wenn die Behandlung auf der Normalstation erfolgt. Erfolgt die Behandlung auf Intensivstation, so ist die Definition der Deutschen Kodierrichtlinien erfüllt, die besagen, dass bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle, also Entgelt-relevante Beatmung, auch durch Maskensysteme, d. h. ohne Zugang erfolgen darf. Es ist hierbei festzuhalten, dass die Form der Beatmung auf Normalstation und auf Intensivstation identisch ist.

Zusatzentgelte

Als Auslöser für Zusatzentgelte oder separat vereinbarte „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) sind OPS-Kodes zu sehen. Der Abrechnungsbetrag richtet sich nicht selten nach Applikation von definierten Mengen z. B. eines Blutproduktes oder eines Medikaments, Bsp. ZE 17 „Gabe von Gemcitabin, parenteral“: das Zusatzentgelt ist geteilt in fünf einzelne Zusatzentgelte mit jeweils unterschiedlich hoher Dosis, welche anhand der Dokumentation in der Patientenakte nachvollziehbar sein müssen. Hierbei ist von einem eher geringen Prüfpotenzial auszugehen, da aus forensischen Gründen weder Medikamente dokumentiert noch kodiert werden können, die nicht tatsächlich verabreicht wurden.

In der Vergangenheit kam es bei einem Jahres- und DRG-Katalogwechsel bereits in einigen Fällen zu einer Änderung der Zählsystematik (Bsp. Verschiebung von Dosisklassen oder zunächst Erfassung von Einzeldosen und mit Katalogwechsel Erfassung kumulierter Dosen). Diese Problematik ist der Systemanpassung geschuldet und wird aufgrund auffälliger Abweichungen i. d. R. bereits vor MDK-Beauftragung durch Krankenkassen und Krankenhaus ausgeräumt.

Häufig geprüfte Zusatzentgelte sind die Hämodialyse und die Hämodiafiltration. Hier sind vorrangig medizinische Parameter bei der Kodierung relevant. Spezielle Zusatzentgelte wie bspw. das ZE 127 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation [...] sind hingegen eindeutig zuzuordnen.

Um die Komplexität der abzurechnenden Zusatzentgelte darzustellen sei folgendes Beispiel gegeben: bis zum Jahre 2009 war die Gabe von Thrombozytenkonzentraten ein strittiges Thema. Die sog. „gepoolten Thrombozytenkonzentrate“ enthalten das Spendermaterial verschiedener Spender. Grundsätzlich galt hierbei, dass die tatsächlich verabreichte Menge von Transfusionseinheiten (TE) zu verschlüsseln war. Jedoch gelten für die Herstellung von Thrombozytenkonzentraten strenge Richtlinien, die u. a. ein Mindestvolumen vorschreiben. Für Einzelspender-Thrombozytenkonzentrate liegen diese Mindestmengen > 40 ml für das Volumen. Dieses entspricht einer Transfusionseinheit (TE). Pool-Thrombozytenkonzentrate enthalten meist ein Vielfaches dieser Mindestmengen von Einzelspender-Thrombozytenkonzentraten, häufig die vierfache Menge. Erfüllt ein Pool-Konzentrat diese Voraussetzungen, wäre seine Gabe entsprechend vier Transfusionseinheiten (TE) zu zählen. Für die Bemessung der Transfusionseinheiten (TE) ist jedoch nicht alleine das Volumen des Pool-Konzentrates (bezogen auf 40 ml als Vorgabe), sondern auch die Menge der darin enthaltenen wirksamen Thrombozyten ausschlaggebend gemäß einer Mindestmengendefinition. Die zuständige Blutbank kennzeichnet diese Konzentrate nicht zwangsläufig so, wie es die kodierende Person benötigt.

Für Fälle seit 2009 sind die Vorgaben des OPS-Kataloges zum Kode 8-800.b Thrombozytenkonzentrat zu beachten. Die Bezugsgröße, auf der die Unterteilung des Kodes basiert, ist das Thrombozytenkonzentrat und nicht mehr die Transfusionseinheit. Der festgelegte Mindestgehalt von 2×10^{11} Thrombozyten/Einheit ist jedoch weiterhin zu beachten.³⁹

Die genannten Beispiele zeigen, dass der Prüfung von Zusatzentgelten ein oftmals nicht einfacher Sachverhalt zu Grunde liegt und ebenfalls der Komplexität des Gesamt-Abrechnungssystems geschuldet ist.

Komplexe/komplizierende Prozeduren

Komplexe Prozeduren bzw. Komplexbehandlungen erfordern spezielle personelle, strukturelle und medizinisch-inhaltliche Merkmale, um die Behandlungsqualität zu sichern. Sie haben eine hohe Erlösrelevanz. Entsprechend den zu erfüllenden Anforderungen sind die Komplexbehandlungen auch mit sehr hohem zusätzlichem Dokumentationsaufwand verbunden, da der Aufwand und die Strukturen zur Kodierung des Kodes belegt werden müssen. Im Folgenden wird ein beispielhafter Auszug für den Umfang der Komplexkodes aus dem OPS-301 aufgeführt:

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

- *Exkl.:* Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b ff.)
- *Hinw.:* Dieser Kode kann auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden. Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden.
- Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:
 - 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht)
 - 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden

³⁹ Vgl. Kodierempfehlung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen, (2011)

- ❑ 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch einen Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
 - ❑ Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
 - ❑ Durchführung der neurosonologischen Untersuchungsverfahren inklusive der transkraniellen Dopplersonographie. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
 - ❑ ätiologischer Diagnostik und Differentialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitidiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
 - ❑ 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie
 - ❑ kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
 - ❑ Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie oder Logopädie innerhalb von 24 Stunden mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit
 - ❑ unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (jeweils eigene Abteilung im Hause oder Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung, unabhängig vom Transportmittel)
- 8-981.0 Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden
 - 8-981.1 Mehr als 72 Stunden

Aus dem Beispiel des akuten Schlaganfalls geht der enorme Aufwand hervor: zunächst für die Dokumentation im Krankenhaus und im Folgenden für die Prüfung durch den MDK. Die rechtlichen Rahmenbedingungen und deren Anwendung für eine Strukturprüfung sind teils unklar. Generell kann die Krankenkasse eine Strukturprüfung beauftragen, die die Voraussetzung des OPS-Kodes begutachtet. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann der MDK jedoch auch weiterhin auf Einzelfallebene beauftragt werden. Hierbei geht es jedoch primär um das Erfüllen der einzelnen Kriterien; ist ein Kriterium nicht erfüllt bzw. nicht ausreichend dokumentiert, kann dem Fall die Komplexbehandlung aberkannt werden, obwohl alle weiteren Kriterien ressourcenintensiv erfüllt wurden.

Doch nicht nur die Strukturkriterien oder die Erbringung von vorgeschriebenen Leistungsinhalten für die Komplexbehandlungen werden geprüft. Nach Auffassung des MDK hat das Krankenhaus bspw. bei der Behandlung eines Patienten im Rahmen einer geriatrischen Frührehabilitation zur Abrechnung der Komplexbehandlung im Zweifel ebenfalls nachzuweisen, dass zu Beginn der Behandlung des Patienten ein ausreichendes Rehabilitationspotenzials vorlag. Kann dieser Nachweis nur unzureichend geführt werden oder führt er ex post zu einer abweichenden Beurteilung, kann die Abrechenbarkeit des Komplexkodes durch den MDK angezweifelt werden. Für das Krankenhaus folgt hieraus eine Kürzung der Rechnung trotz inhaltlich erbrachter, ressourcenintensiver Leistung. Dabei ist davon auszugehen, dass die Verordnung einer intensiven geriatrischen Therapie die Erfahrung eines

Arztes voraussetzt und der Ressourcenaufwand bewusst eingesetzt wird, um den Allgemeinzustand des Patienten zu verbessern.

Fallzusammenführung

Die Fallzusammenführung folgt festen Vorschriften gemäß § 2 FPV „Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus“; so erfolgt eine Fallzusammenführung und somit die Abrechnung von einer statt von zwei Fallpauschalen für denselben Patienten mit zwei aufeinanderfolgenden Krankenhausaufenthalten wenn:

- der Patient innerhalb der Oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen wird und in dieselbe Basis-DRG gruppiert wird oder
- der Patient innerhalb von 30 Kalendertagen wieder aufgenommen wird und im ersten Aufenthalt in eine DRG konservativer Partition gruppiert wurde und im zweiten Aufenthalt in die gleiche Hauptdiagnosengruppe operativer Partition oder
- der Patient aufgrund einer „in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation“ wieder aufgenommen wird.

Ausnahmen dieser Regelungen bilden u. a. in der FPV gekennzeichnete DRG oder unvermeidliche Nebenwirkungen von Chemo- und Strahlentherapien.

Hauptprüfgrund für die Fallzusammenführung ist vorrangig die optionale Zusammenführung aufgrund von Komplikationen. Die beiden ersten aufgeführten Regelungen zur Fallzusammenführung sind meistens unkritisch und werden durch die Krankenhäuser nicht zuletzt aufgrund EDV-technischer Funktionalitäten und Unterstützung im KIS-System⁴⁰ durchgeführt. Gibt es hierzu Anfragen der Krankenkassen, so erfolgt die Klärung meist ohne Einbezug des MDK.⁴¹

Eine medizinische Auslegung liegt meist der Frage nach Wiederaufnahme infolge einer Komplikation zugrunde. Hierbei ist es oftmals schwierig abzugrenzen, inwiefern eine Erkrankung in direktem Zusammenhang mit einer vorherigen Behandlung im Krankenhaus steht oder neu erworben ist. Ein Beispiel hierfür sind Arzneimittelnebenwirkungen. Für den Bereich der Onkologie und Strahlenheilkunde ist die Regel der Wiederaufnahme infolge Komplikationen aus Gründen der Unvermeidbarkeit ausgeschlossen. Nicht eindeutig geregelt sind jedoch Arzneimittelnebenwirkungen in anderen medizinischen Bereichen.

Wird im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes ein Antibiotikum angewandt und es kommt nach Entlassung zu Diarrhöen, welche durch Vermehrung des Bakteriums *Clostridium difficile* entstanden sind, so handelt es sich um eine häufige antibiotika-induzierte Nebenwirkung.

Eine Fallzusammenführung hat grundsätzlich zur Folge, dass für zwei vollwertige Krankenhausaufenthalte lediglich eine DRG abgerechnet werden kann. Dies hat zur Folge, dass der Ressourcenaufwand von zwei Fällen über eine Fallpauschale abgebildet werden soll. Darüber hinaus kann es vorkommen, dass durch die Zusammenlegung die Obere Grenzverweildauer tangiert wird, was wiederum ein Auslöser für die Prüfung der zuschlägigen Tage zur Folge haben kann.

⁴⁰ KIS = Krankenhaus-Informationssystem; EDV-Software, vergleichbar einer ERP-Lösung

⁴¹ Vgl. Beyrle, (2010e)

Es gibt weiterhin kompliziertere Fall- bzw. Verlegungskonstellationen, welche versucht wurden durch die „Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2010 „Kombinierte Fallzusammenführungen““ klarzustellen.

In der Praxis handelt es sich bei der Überprüfung auf eine Fallzusammenführung meist nicht um die einfache Kontrolle der Befolgung der genannten Maßgaben der FPV. I. d. R. geht es um mehrstufige Prüfmechanismen. Möglicher vorgelagerter Prüfgrund hinsichtlich der Prüfung auf Fallzusammenführung ist oftmals zunächst die Kodierprüfung, welche die Richtigkeit der Basis-DRG und nachfolgend die Option der Fallzusammenführung nach der Systematik der gleichen Basis-DRG feststellen soll. Wird ein Fall bspw. in zwei konservative DRG einer MDC gruppiert, besteht nicht die Pflicht einer Zusammenführung der Behandlungsfälle, wenn keine Komplikation bestand.

3.5.3.2 Arten von MDK-Prüfungen

Grundsätzlich ist es den MDK-Gutachtern freigestellt, ob ein Fall aufgrund der Aktenlage oder in einer Vor-Ort-Begehung im zuständigen Krankenhaus beurteilt wird. Hierbei differieren sowohl die Präferenzen der einzelnen MDK-Einrichtungen als auch die der jeweiligen Krankenhäuser. Weiterhin gibt es länderspezifische Unterschiede in der Vorgehensweise. Gemäß Bayerischer Krankenhausgesellschaft (BKG) finden in Bayern bspw. vorrangig Fallbesprechungen im Krankenhaus statt⁴², was auf einer Absprache zwischen BKG und MDK beruht und sich bewährte, da oftmals ein Konsens bzgl. der strittigen Fälle zwischen Krankenhausärzten und MDK-Gutachtern gefunden werden konnte.

Inhouse-Prüfung

Bei der Inhouse-Prüfung, auch Vor-Ort-Prüfung, Fallbesprechung oder Begehung genannt, kommen die MDK-Gutachter nach vorheriger Anmeldung in das jeweilige Krankenhaus, um zuvor angemeldete Fälle zu begutachten. I. d. R. werden die Krankenakten zur Verfügung gestellt und im Anschluss mit den behandelnden Ärzten und/oder Medizin-Controllern und Kodierfachkräften besprochen. Ziel ist es, auf fachlicher Ebene einen Konsens bzgl. der aus Sicht der Krankenkasse fraglichen Fälle zu erreichen. Erfahrungsgemäß führt die persönliche, fachlich qualifizierte Diskussion zu einer Vermeidung von „Widerspruchsverfahren“, da durch den direkten Kontakt mit den Gutachtern i. d. R. Missverständnisse und somit unnötige „Widerspruchsrunden“ beiderseits vermieden werden können.

Schriftliches Verfahren

Alternativ zu der Inhouse-Prüfung besteht das schriftliche Gutachterverfahren, in welchem dem zuständigen MDK aussagekräftige Auszüge aus der Krankenakte in Kopie zugesandt werden. Auf Basis dieser Auszüge wird der jeweilige Fall beurteilt und in Form eines Gutachtens bzw. einer Empfehlung niedergelegt. Es bestehen gemäß § 277 SGB V Mitteilungspflichten gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer, dessen Leistung Inhalt der gutachterlichen Stellungnahme ist, und gegenüber der beauftragenden Krankenkasse. Dem Leistungserbringer (Krankenhaus) ist im Folgenden freigestellt, das Gutachten zu akzeptieren (Konsens) oder einen ebenfalls schriftlichen „Widerspruch“ zu formulieren (Dissens) (vgl. Kapitel 3.3.4.4).

⁴² Vgl. Hasenbein, (2010b)

3.5.3.3 MDK-Aufwandspauschale

Im Rahmen des GKV-WSG wurde dem § 275 SGB V der Absatz 1c hinzugefügt, welcher zunächst eine Aufwandspauschale i. H. v. 100 EUR zur Zahlung an die Krankenhäuser durch die beauftragenden Kostenträger regelte. Im Jahre 2009 wurde durch das KHRG diese Pauschale auf 300 EUR erhöht.

Generell ist die Krankenkasse in allen Fällen zur Zahlung der Pauschale verpflichtet, in denen die MDK-Prüfung nicht zu einer Minderung des Ausgangsrechnungsbetrages führte, d. h. also die Fälle, in denen sich der Ausgangsrechnungsbetrag erhöht hat oder in denen der Abrechnungsbetrag unverändert blieb.

Hierbei gibt es mehrere strittige Fragen, mit denen teilweise bereits gerichtlich verfahren wurde, bspw.:

- Darf pro Fall nur eine Aufwandspauschale ausgelöst werden?
- Werden bei einer möglichen Fallzusammenführung eine oder zwei Aufwandspauschalen ausgelöst?
- Gilt jede Prüfung, also auch jede Zwischenprüfung, als Auslöser für eine Aufwandspauschale?

Insgesamt muss die MDK-Aufwandspauschale kritisch in der Hinsicht betrachtet werden, dass durch diesen pauschalen Aufwandsausgleich sowohl für die Kostenträger als auch für den MDK ein Falschanreiz gesetzt wird, die Rechnungen zu kürzen.

Im Mittel haben deutsche Krankenhäuser 2010 165 TEUR durch die Aufwandspauschale erlöst. Dies entspricht ca. 0,25 % der Krankenhauserlöse. Dabei reicht die Spannweite der Erlöse von 47 TEUR in Krankenhäusern der Größenklasse unter 100 Betten bis zu 621 TEUR in Universitätsklinika.

3.5.3.4 Einigungs- und „Widerspruchsverfahren“

Bezug nehmend auf die Ausführungen unter Kapitel 3.5.3.2 besteht grundsätzlich die Möglichkeit, einen begutachteten Fall mit Konsens oder Dissens zu verabschieden. Erfahrungsgemäß dient die direkte Auseinandersetzung zwischen MDK-Gutachtern und Krankenhaus-Ärzten und/oder Medizin-Controllern zu einer Verschlankung der Prozesse durch den unmittelbaren Dialog. Es kann unterstellt werden, dass es zu einer Vermeidung von Missverständnissen kommt, da offen und direkt anhand der konkreten Aktenlage diskutiert werden kann. In Bayern wurde fast ausschließlich diese Art der MDK-Prüfung durchgeführt.⁴³ Jedoch kommt es auch in dem genannten Verfahren durchaus zu unterschiedlichen Haltungen und Entscheidungen, so dass eine Einigung - zu Gunsten oder zu Ungunsten des Krankenhauses - nicht zwangsläufig erfolgen muss.

Häufiger findet sich jedoch eine Unstimmigkeit im schriftlichen Verfahren wieder. Die Gründe hierfür sind zum einen mit Sicherheit darin zu sehen, dass die Begutachtung zunächst einseitig durch den MDK-Arzt erfolgt und mögliche ergänzende Erläuterungen, die über den behandelnden Krankenhaus-Arzt realisierbar wären, ausbleiben. Selbst bei einer guten Dokumentationsqualität kann nicht sichergestellt werden, dass alle relevanten Be-

⁴³ Vgl. Hasenbein, (2010c)

sonderheiten des jeweiligen Falles auch in den dem MDK zur Verfügung gestellten Aktensauszügen aufgezeigt werden.

Das Einigungsverfahren unterliegt keinem Standard. In der Praxis vertritt jedes Krankenhaus, jeder Kostenträger und jeder MDK eine individuelle Einstellung mit Streitfällen umzugehen. Während es zahlreiche Krankenhäuser gibt, die von einem finalen Gang zum Sozialgericht absehen, gehen zunehmend mehr Krankenhäuser den Rechtsweg um Einzelfälle „durchzuklagen“ und die Kostenträger zur Begleichung der gestellten Rechnungen zu bringen. Dies hat u. a. folgende Nachteile für die Krankenhäuser:

- Gerichtsverfahren sind unter Umständen sehr langwierig und personal- und kostenintensiv (Rechtsbeistand, Vorbereitung der Fälle durch Medizin-Controlling und Ärztlichen Dienst etc.),
- die Front zum jeweiligen Kostenträger verhärtet sich, was ggf. für Budgetverhandlungen und die weitere Zusammenarbeit seitens der Krankenhäuser als beeinträchtigend eingeschätzt wird.

Folglich wird in zahlreichen Arbeits- und Verhandlungsschritten ein Kompromiss mit den Kostenträgern angestrebt; dies erfolgt auf Initiative beider Parteien – Krankenhäuser und Krankenkassen. Diese Einigungen erfolgen oftmals auf rein ökonomischer Basis, d. h. ohne dass jede Seite auf ihrer Meinung beharrt, die jeweilige „Ziel-Fallkonstellation“ durchzusetzen. Die Gründe sind auf beiden Seiten in einer aufwandsschonenden Lösung zu sehen, die zum Ziel hat, strittige Fälle abzuschließen.

4 GANZHEITLICHE BEURTEILUNG DES ABRECHNUNGSVERHALTENS DER KRANKENHÄUSER

4.1 Bezugnahme auf die Sichtweise der GKV zum Thema „Falschabrechnung“

4.1.1 Der Begriff der „Falschabrechnung“

Grundsätzlich wird der Begriff der „Falschabrechnung“ derzeit durch die medialen Diskussionen als bereits interpretierter Sachverhalt verwendet. Tatsächlich handelt es sich hierbei vielmehr um „systembedingte Rechnungskorrekturen“. Die Gründe und Ursachen hierfür sind vielfältig und keinesfalls mit einer vorsätzlich falschen Abrechnung seitens der Krankenhäuser gleichzusetzen. Der in den aktuellen Berichten und Veröffentlichungen propagierte Begriff der „Falschabrechnung“ suggeriert der Öffentlichkeit kein korrektes Abbild der Abrechnungspraxis im Krankenhaus, sondern vielmehr die Sichtweise aus der Position der Kostenträger, in der die Krankenhausabrechnungen als regelmäßige Betrugsversuche dargestellt werden.

Auf Basis der zuvor ausgeführten Komplexität des DRG-Abrechnungssystems muss festgehalten werden, dass eine Falschabrechnung im eigentlichen Sinne, eine dolose Handlung also mit dem Ziel, vorsätzlich Vergütungsansprüche für nicht erbrachte Leistungen geltend zu machen, selbstverständlich nicht ausgeschlossen werden kann. Der Begriff der „Falschabrechnung“ ist mit einer Intention belegt und entspricht mit der aktuellen Verwendung nicht der Realität. Es ist davon auszugehen, dass Falschabrechnung im deutschen Abrechnungssystem existiert, jedoch weder in dem Sinne noch in dem Maße, in dem derzeit die Kampagnen vermeintlich alarmieren.

Daher muss an dieser Stelle der derzeit verwendete Begriff der „Falschabrechnung“ von der Nutzung der vorschriftsmäßigen Wahlmöglichkeiten im System und den daraus resultierenden MDK-Prüfungen und auch Rechnungskorrekturen abgegrenzt werden. Diese Rechnungskorrekturen bilden kein Urteil ab, dass die Kostenträger/der MDK sich im Recht und das leistungserbringende Krankenhaus sich im Unrecht befindet. Vielmehr handelt es sich um diffizilere Mechanismen und Parameter, welche letztlich zu einer Korrektur der Rechnung führen können.

Rechnungskürzungen entsprechen in den seltensten Fällen einer Falschabrechnung. In den überwiegenden Fällen geht es inhaltlich um medizinische Leistungen, die auch erbracht wurden.

4.1.2 Der hochgerechnete Schaden durch „Falschabrechnung“

Neben der irreführenden Verwendung des Begriffs der „Falschabrechnung“ ist auch die Darstellung und Herleitung des monetären Schadens für die Krankenkassen einseitig dargestellt. Was sich für die Öffentlichkeit zunächst als nachvollziehbar äußern muss, ist in Realität vielschichtiger als die Hochrechnung seitens der Krankenkassen. Inhaltliche und systembedingte Hintergründe werden hierbei schlichtweg nicht berücksichtigt. Vielmehr

handelt es sich um eine rein theoretische, mathematische Hochrechnung, welche von falschen Prämissen ausgeht.

Bei der Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V handelt es sich definitiv nicht um eine ungefilterte Stichprobe, sondern um gezielt vorselektierte Fälle mit erkennbaren Implausibilitäten und/oder erkennbarem Rechnungskürzungspotenzial aus Sicht der Krankenkassen. Wie bereits in Kapitel 3.5.3.1 beschrieben, erfolgt durch die Kostenträger i. d. R. ein mehrstufiges Auswahlverfahren der Fälle, inzwischen überwiegend mit Hilfe systembasierter Prüfalgorithmen, welche mit Prüfauftrag an den MDK vergeben werden. Seitens der Krankenkassen ein nachvollziehbares Vorgehen, jedoch muss diese Risiko- bzw. Vorselektion der Prüffälle hinsichtlich der öffentlich propagierten Hochrechnung der finanziellen Auswirkungen in gleicher Weise berücksichtigt werden. Dies dürfte dazu führen, dass eine fassbare Hochrechnung ganz offensichtlich nahezu unmöglich ist.

Durch die Krankenkassen werden 100 % der eingehenden Krankenhausrechnungen auf Auffälligkeiten hin analysiert. Hiervon werden jährlich ca. 10 bis 12 % durch den MDK einer noch genaueren Überprüfung unterzogen. Dieser Anteil ist das Resultat Krankenkassen-interner Prüfmechanismen und Auswahlverfahren. Tatsächlich korrigiert werden bezogen auf die Gesamt-Rechnungen effektiv 4 %. Daraus resultiert, dass aufgrund vorgelagerter Prüfmechanismen 96 % der Rechnungen zumindest als unauffällig einzustufen sind, wobei sich darunter auch bereits die zugunsten des Krankenhauses tatsächlich geprüften Fälle befinden. Und selbst dieser Anteil von 4 % an Fällen umfasst, wie zuvor ausgeführt, keinesfalls eine Grundgesamtheit an wirklich falsch abgerechneten Fällen.

Der Rückschluss, dass die Korrekturquote der geprüften Rechnungen auf die Gesamtheit der Abrechnungen anzuwenden sei, ist sachlich falsch. Tatsächlich handelt es sich um gezielt ausgewählte Fälle, die schließlich in die MDK-Prüfung gelangen. Im Umkehrschluss muss davon ausgegangen werden, dass die Risikohäufung des Diskussionspotenzials in dem nicht geprüften Rest an Krankenhausrechnungen i. H. v. 88-90 % äußerst gering ist, d. h. Auffälligkeiten nur in geringem Maße vorkommen. Rückschlüsse von den 10-12 % der geprüften bzw. den 4 % der korrigierten Rechnungen auf alle Rechnungen zu ziehen, ist folglich nicht zulässig.

4.1.3 Die „Unabhängigkeit“ des MDK bei der „Falschabrechnung“

Wird in der Öffentlichkeit von „Gutachtern“ gesprochen, wird automatisch Unabhängigkeit und Ergebnisneutralität suggeriert. Den „Gutachtern“ oder auch „Sachverständigen“ wird im Allgemeinen eine uneingeschränkte Vertrauenswürdigkeit unterstellt.

Bei der Betrachtung der MDK-Ärzte als Gutachter sind bestehende Abhängigkeiten richtigerweise zu beachten. Zum einen wird der MDK durch die Kostenträger finanziert. Schon allein dadurch kann eine gewisse Affinität zu den Kostenträgern vorausgesetzt werden. Letztlich muss der MDK seine Existenzberechtigung im weitesten Sinne durch Erfolgsquoten, d. h. durch erwirkte Rechnungskürzungen, dauerhaft unter Beweis stellen.

Weiterhin lauten die Prüfaufträge nicht, neutral eine sachgerechte Abbildung des Falles vorzunehmen. Dies würde bedeuten, dass es auch Ergebnisse zu Gunsten des Krankenhauses - bspw. basierend auf einer Unterkodierung - gäbe. Dies ist durch die klare Definition von Prüfaufträgen aus Kostenträgersicht nahezu ausgeschlossen.

Eine fachliche Auseinandersetzung bezüglich der Einzelfallabrechnungen zwischen Krankenhaus und MDK geht zu Beginn grundsätzlich immer von unterschiedlichen Positionen aus. Das behandelnde Krankenhaus, eventuell vertreten durch den behandelnden Arzt, befindet sich immer in der Verteidigungsposition. Der MDK hingegen vertritt die Ausgangsposition des Prüfers und des Klägers. Ziel beider Seiten ist - und muss auch lauten - jeden Behandlungsfall sachgerecht abzubilden. Jede „Partei“ versucht jedoch naturgemäß durch eigene Interpretation bestehender Regularien und durch Nutzung der damit zusammenhängenden Spielräume dieses Abbild zu gewährleisten. Ausschlaggebend sind hier jeweils wirtschaftliche Aspekte. Der MDK vertritt das Interesse der Krankenkassen, einen Abrechnungsfall durch möglichst geringen monetären Aufwand abzubilden. Das Krankenhaus investierte bereits personelle und materielle Ressourcen zur Behandlung des Patienten und vertritt auch retrospektiv das Interesse, welches dasselbe ist wie bei Kodierung des jeweiligen Falles, zur aufwandsgerechten Abbildung und wirtschaftlichen Erlössicherung des Krankenhauses.

Die Verbindung der Kostenträger zum MDK geht so weit, dass der MDK bereits vor offizieller Beauftragung in die Selektion der zu prüfenden Fälle eingebunden wird.⁴⁴ In Terminen mit der beauftragenden Krankenkasse erfolgt eine Sichtung der vorselektierten Fallkonstellationen und eine Beratung der Krankenkassen hinsichtlich der finalen Auswahl der zu prüfenden Fälle. Die Interessenslage - sowohl vom MDK als auch von den Kostenträgern - dürfte an dieser Stelle unstrittig sein.

Von einer uneingeschränkten Unabhängigkeit des MDK kann folglich keine Rede sein.

In der fachlichen Diskussion - sei es in direktem Dialog oder im schriftlichen Verfahren - wird dem Krankenhaus i. d. R. eine alternative Abrechnung des strittigen Falles präsentiert, welche das Krankenhaus annehmen oder „Widerspruch“ einlegen kann, mit der Beschreitung des Klageweges als letzte Konsequenz. Dieser Weg bietet dem Krankenhaus zahlreiche Nachteile; neben Kosten und Zeitverzögerungen entsteht dem Krankenhaus ein negativer Liquiditätseffekt.

Erfahrungsgemäß führt die persönliche, fachlich qualifizierte Diskussion in einem Vor-Ort-Termin zwischen Krankenhaus und MDK zu einer Vermeidung von „Widerspruchsverfahren“, da durch den direkten Kontakt i. d. R. Missverständnisse und somit unnötige „Widerspruchsrunden“ beiderseits vermieden werden können (vgl. Kapitel 4.4). Gemäß den Ausführungen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft wurden in Bayern primär Prüffälle in persönlichen Fallbesprechungen erörtert.⁴⁵ Derzeit versuchen die Krankenkassen jedoch zunehmend, dieses Vorgehen durch das schriftliche Verfahren abzulösen. Mögliche Gründe sind hier in der größeren Quote an tatsächlichen Rechnungskürzungen zu suchen. Hieraus lässt sich die direkte Einflussnahme der Kostenträger und deren Ziel deutlich ableiten. Durch eine höhere Quote an Fällen, die einen Widerspruch nach sich ziehen, besteht durch das vorgesehene „Widerspruchsverfahren“ und die beschriebenen Probleme für das Krankenhaus eine größere Chance für die Krankenkassen auf Rechnungskürzung.

⁴⁴ Vgl. MDK (o.J.b)

⁴⁵ Vgl. Hasenbein, (2010d)

4.2 Tatsächliche Gründe für Rechnungskorrekturen

Wahlmöglichkeiten als Bestandteil des Abrechnungssystems

Die realen Gründe für Rechnungskürzungen sind nicht in einem Eingeständnis seitens des Krankenhauses zu sehen, wissentlich falsch abgerechnet zu haben. Vielmehr gibt es für eine nachträgliche Rechnungskorrektur vielerlei Gründe. Vor allem geht es hierbei in Streitsituationen primär um Fälle, deren Leistungen – so die Behandlungsdauer im Krankenhaus – tatsächlich erbracht wurden und stattgefunden haben, diese jedoch nachträglich gekürzt werden sollen.

Die wesentliche Ursache dafür, dass es überhaupt zu Differenzen hinsichtlich der Abrechnung erbrachter Leistungen kommt, liegt in den zahlreichen Interpretationsmöglichkeiten bestehender Abrechnungsregularien. Ein großer Teil der geprüften Fälle umfasst medizinische Streitfälle, bei denen es keine eindeutigen Vorgaben gibt, auf welche Weise und mit welcher wirtschaftlichen Konsequenz die Fälle zu kodieren und abzurechnen sind. Indikator für diese fachlichen Auslegungsspielräume sind die verschiedenen Klarstellungsversuche und Kodierempfehlungen unterschiedlicher Institutionen. Kodierempfehlungen werden bspw. regelmäßig durch die Sozialmedizinische Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ (SEG-4) des MDK veröffentlicht. Durch den Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizin-Controlling (DGfM) werden diese Kodierempfehlungen wiederum aus Gründen der Objektivität überprüft, da keine der herausgegebenen Kodierempfehlungen über Rechtsgültigkeit verfügt, auch wenn die Empfehlungen des MDK einen solchen Charakter suggerieren.

Betrachtungsperspektiven und -zeitpunkte

In der aktuellen Außendarstellung steht die „Falschabrechnung“, also begrifflich die Inrechnungstellung nicht erbrachter Leistungen, im Fokus der Krankenkassen. Eine häufige Prüfung betrifft jedoch die Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Hierbei wird retrospektiv die Angemessenheit der Leistung (in dem Falle: der Aufenthalt an bestimmten Tagen im Krankenhaus) überprüft.

Bei der Rechnungsprüfung handelt es sich naturgemäß um eine ex-post-Betrachtung des jeweiligen Falles, bei dem alle entscheidungsrelevanten Informationen zur stattgefundenen Behandlung vorliegen. In der medizinischen Praxis jedoch ist diese Informationssicherheit zum Zeitpunkt der ärztlichen Entscheidung zumeist nicht gegeben. Dies betrifft vor allem die Frage der Angemessenheit der stationären Aufnahme. Versorgungssicherheit und höchstmögliche medizinische Qualität müssen nicht nur haftungstechnisch sondern auch ethisch-moralisch gesehen an erster Stelle stehen, wenn ein Arzt die Entscheidung trifft, ob ein Patient stationär aufgenommen werden muss oder nicht. Dass der behandelnde Krankenhausarzt über die stationäre Aufnahme zu entscheiden hat, ist in § 39 SGB V verankert. Täglich sind diese Entscheidungen von Krankenhausärzten im Rahmen von ungeplanten Patienten, die sich über die Ambulanz eines Krankenhauses vorstellen, zu treffen. Sofern die Informationslage nach den ersten Untersuchungen des behandelnden Arztes noch nicht ausreichend ist, um die Notwendigkeit der stationären Aufnahme abschließend beurteilen zu können, ist es unzweifelhaft, dass i. d. R. zunächst eine Aufnahme erfolgen muss. Insofern ist es auch Alltag, dass sich nach einem kurzen

Beobachtungszeitraum herausstellt, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt nicht länger notwendig ist und auch rückblickend zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht notwendig gewesen wäre. Vor allem aus haftungsrechtlichen, jedoch nicht zuletzt auch aus ethisch-moralischen Gründen ist die Entscheidung des Arztes für eine Aufnahme oftmals erforderlich. Naturgemäß werden diese Fälle häufig von den Kostenträgern und anschließend vom MDK geprüft. In vielen dieser Fälle spricht eine ex-post-Betrachtung auch eindeutig gegen eine stationäre Aufnahme. Der Fall geht häufig mit dem Prüfgrund „Primäre Fehlbelegung“ zum MDK. Allerdings ist es generell fragwürdig diese Krankenhausrechnung nicht zu begleichen, obwohl zum einen die zeitliche Betrachtungsperspektive seitens des MDK eine andere ist und zum anderen ordnungsgemäß eine Rechnung über erbrachte Leistungen gestellt wurde. Eine Objektivität mit der Frage, ab welchem Zeitpunkt der verantwortliche Arzt über einen ausreichenden und medizinisch sicheren Informationsstand verfügte, um eine gerechtfertigte Entlassung zu veranlassen, ist schwer herzustellen, gehört jedoch zum Aufgabengebiet eines unabhängigen Gutachters. Zur Herstellung besagter Objektivität ist unbestritten eine nachvollziehbare Dokumentation in der Patientenakte erforderlich. Jedoch kann eine weiterführende Information auch über den behandelnden Arzt erfolgen, der mit dem jeweiligen Fall bestens vertraut ist.

Diese beschriebenen Rechnungen als „Falschabrechnung“ zu bezeichnen ist insgesamt unangemessen.

Komplexität des DRG-Systems

In der Gesamtheit und Komplexität des Abrechnungssystems nach DRG können unabsichtliche Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jedoch ist eine Gleichsetzung mit absichtlicher Falschabrechnung nicht korrekt, insbesondere weil davon auszugehen ist, dass mindestens ebenso viele Rechnungen unabsichtlich zu niedrig gestellt werden.

Im Zuge der Verlagerung leichterer Behandlungsfälle in den ambulanten und somit der Konzentration schwerkranker, multimorbider Patienten in den stationären Versorgungssektor gestaltet sich auch die sachgerechte Kodierung besagter Krankenhaussfälle als Basis für die leistungs- und aufwandsorientierte Vergütung als äußerst umfangreich und anspruchsvoll hinsichtlich der zu beachtenden Parameter. Durch die Kombination verschiedener fester, patientenbezogener Parameter, durchgeführter Prozeduren sowie Haupt- und Nebendiagnosen generiert sich die jeweilige Abrechnungs-DRG. Eine unsachgemäße Kodierung sowie auch ungenutzte Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Interpretationsmöglichkeiten im Abrechnungssystem sind als wirtschaftlich fahrlässig zu beurteilen. Aufgrund der Komplexität des Einzelfalles kommt es jedoch vereinzelt vor, dass bei der Entlasskodierung, der eigentlichen Rechnungsschreibung, nicht alle Einzelheiten der erfolgten Behandlung Beachtung und Eingang in die Kodierung finden. Oftmals werden zahlreiche ressourcenverbrauchende Diagnosen neben dem Hauptaufnahmegrund ebenfalls behandelt. Nur die vollständige Erfassung aller im Sinne bestehender Nebendiagnosen relevanten Erkrankungen kann dazu führen, dass der Fall aufwandsgerecht vergütet wird. Zum heutigen Stand des DRG-Systems ist oftmals eine einzige Nebendiagnose allein nicht ausschlaggebend für eine Erhöhung des Fall-Schweregrades und entsprechend für eine erlössteigernde Abrechnung. Vielmehr erfordert es eine intensive Fallanalyse, um sowohl die Vollständigkeit aller kodierbaren Diagnosen als auch deren medizinisch-inhaltliche Richtigkeit zu gewährleisten. Die rund 1.194 abrechenbaren DRG in 2011

basieren auf einer Vielzahl von Kombinationsmöglichkeiten von Diagnosen und Prozeduren. Es liegt an dieser Stelle nahe, dass unabhängig vom jeweiligen Krankenhaus-individuellen Kodier-, Kontroll- und Abrechnungsprozess potenziell eher relevante Diagnosen vergessen werden zu erfassen als unrechtmäßig hinzugefügt werden. Das zur Abrechnung erforderliche „Rightcoding“ nach Art und Umfang ist oftmals bereits eine Herausforderung. Dass es hierbei auch zur Wahl einer falschen Diagnose oder Prozedur kommen kann, liegt auf der Hand. Eine Absicht zu unterstellen ist jedoch nicht legitim, denn auch bei der Wahl einer nicht indizierten Nebendiagnose kann es ebenso wie zu einer falsch hohe Eingruppierung zu einer falsch niedrigen Eingruppierung in die Fall-pauschale kommen. Ein Beispiel hierfür sind die unspezifischen Diagnosen, welche im Text des ICD-Kataloges mit „[...] nicht näher bezeichnet“ oder „[...] sonstige“ bezeichnet sind. Hat der Arzt/die Kodierfachkraft die Wahl zwischen einer spezifischen und einer un-spezifischen Diagnose, so hat die spezifische Diagnose i. d. R. einen anderen Effekt auf die DRG als eine unspezifische. Letztere löst weniger oft einen höheren Schweregrad einer DRG aus.

Eine weitere Problematik in der sachgerechten Abbildung der Leistungen besteht darin, dass nicht jeder im Krankenhaus tätige Arzt die Komplexität des DRG-Abrechnungssystems vollständig beherrschen kann, zumal das System auch jährlichen Änderungen unterworfen ist. In der Praxis ist es so, dass es eine Reihe „Standardfälle“ gibt, die ganz eindeutig kodiert werden können und auch aufwands- und leistungsgerecht durch die DRG ab-gebildet und abgerechnet werden können. Dem gegenüber stehen jedoch diejenigen Fälle, die eben nicht übersichtlich und eindeutig kodiert werden können und potenziell zu medizinischen Streit- oder Prüffällen werden. Gemäß den Ausführungen in Kapitel 3 ist deutlich geworden, dass das System der DRG-Abrechnung äußerst komplex ist. Aufgrund dessen haben sich völlig neue Berufsgruppen gebildet, die letztlich durch die Kranken-häuser refinanziert werden müssen. Als Gegengewicht zum MDK ist es für die Kranken-häuser zwingend, Medizin-Controller, Kodierfachkräfte und Casemanager vorzuhalten. Detailliertere Ausführungen finden sich unter Kapitel 4.4.

Wichtig ist an dieser Stelle weiterhin festzuhalten, dass die Komplexität des DRG-Systems zwar Kodierfragen begründet, nicht aber hinsichtlich der hauptsächlichen Prüfgründe, nämlich Fragen der Verweildauer, anzuwenden ist. Wie in Kapitel 3.5.3.1 ausgeführt, war im Jahr 2010 die Prüfung der Verweildauer mit 62,8 % der häufigste Prüfungsgrund des MDK. Fragen nach den korrekten Angaben zu Haupt- oder Nebendiagnosen waren nur in 16,5 % bzw. 15,3 % der Fälle Prüfungsgrund. Hierbei wird deutlich, dass sich der Hauptprüfungsgrund um bereits erbrachte Krankenhausleistungen dreht und nicht um Kodierung oder potenzielle Falsch-Kodierung.

Dokumentationsqualität

Die Fallkodierung erfolgt auf Grundlage der medizinischen Dokumentation in der Patientenakte und unter Beachtung der geltenden Abrechnungsregeln (maßgeblich sind hier primär die Definitionshandbücher des InEK und die Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung). Hierbei wird parallel die medizinische Dokumentation zumeist auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft. Eine gute Dokumentationsqualität ist die Basis für eine sachgerechte Kodierung und Abrechnung sowie für forensische Frage-stellungen.

Ein großes Problem ist der zunehmende Fachkräftemangel in Deutschland. Der Anteil des Ärztlichen Dienstes am gesamten Abrechnungsprozess beträgt ca. 25 %, bei der primären Abrechnungsdokumentation sogar 39 %. Gleichzeitig fehlen in deutschen Krankenhäusern ca. 5.500 Ärzte. Wie bereits in Kapitel 3.2 ausgeführt, fällt es den Krankenhäusern zunehmend schwer, geeignetes Fachpersonal, vornehmlich im Ärztlichen Dienst, aber auch im Pflegedienst, zu finden. Durch die erforderlichen Lösungsansätze wird nicht zuletzt auch die Dokumentationsqualität vernachlässigt. Bspw. durch die Anstellung ausländischer Ärzte mit anderem sprachlichen Niveau und eventuell anderen Ansprüchen und Fähigkeiten hinsichtlich der inhaltlichen Dokumentation leiden nicht selten die Qualität und die Vollständigkeit der Patientenakten. Durch den Einsatz von Honorarärzten kann es zu einer Prioritätenverschiebung im Sinne der Zuständigkeit und Verantwortung kommen; die Ärzte wurden für die Mitversorgung der Patienten engagiert, die Dokumentationspflicht wird dem nachgeordnet.

Der Arbeitsalltag im Krankenhaus ist zum heutigen Zeitpunkt überwiegend effizienter gestaltet als noch vor zehn Jahren. Im Laufe der vergangenen Jahre wurde durch die Hebung von Kostensenkungspotenzialen u. a. auch Personal im Pflegedienst abgebaut. Folge dessen sind durchaus knappe personelle Ressourcen aufgrund derer auch in Einzelfällen die Dokumentation in geringerem Maße erfolgt, als es tatsächlich erforderlich wäre. Während durch Standards und elektronische Unterstützung die Dokumentationsarbeit versucht wird zu vereinfachen, steigen gleichzeitig die Anforderungen an die Dokumentation. Durch die Komplexbehandlungen z. B. des akuten Schlaganfalls, gilt es zunächst umfangreiche strukturelle Bedingungen zu erfüllen und ebenso, diese durch geeignete Dokumentation nachzuweisen. Die Erfüllung der jeweils erforderlichen Strukturqualität und der Nachweis der definierten Behandlungsinhalte berechtigt erst die Dokumentation dieser Komplexprozeduren zur Abrechnung der korrespondierenden Fallpauschalen.

Durch die hohe Prüfquote der Krankenkassen im Bereich der Verweildauer lässt sich vermuten, dass auch den Kostenträgern der Spagat zwischen Patientenbehandlung und steigenden Anforderungen an die Dokumentationsqualität bekannt ist. Insbesondere die letzten Tage einer Krankenhausbehandlung bei einer vorliegenden Überschreitung der definierten Oberen Grenzverweildauer sind erfahrungsgemäß in Hinsicht auf die Dokumentation als kritisch zu bewerten. Der Patient befindet sich i. d. R. auf dem Wege der Gesundung, letzte Infusionen/Medikationen und abschließende Diagnostik werden eingeleitet und schließlich der Entlasstag bestimmt, an dem der Patient aus Sicht des Arztes gesundheitlich in der Lage ist, das Krankenhaus zu verlassen. Aus Sicht der Leistungserbringer kann der Patient als unkritisch eingestuft werden, dem zu Folge sinkt auch im Zuge der hohen Arbeitsbelastung in Einzelfällen der Anspruch an die Dokumentation, da meist keine wesentlichen Ereignisse zu verzeichnen sind im Vergleich zur Akutphase zu Beginn der Krankenhausbehandlung, in welcher der Patient engmaschiger überwacht wurde. Die medizinische Behandlungsdokumentation findet jedoch durchgängig statt. Das bedeutet jedoch nicht automatisch, dass der Patient hätte früher entlassen werden können. Allerdings ist genau dies ein häufiger Anspruch der Krankenkassen, der vor dem Hintergrund der Dokumentationsqualität und deren Ausprägung insbesondere in den letzten Tagen der Krankenhausbehandlung Aussicht auf erfolgreiche Kürzung der Rechnung hat. Hierbei ist zu ergänzen, dass die Aufgaben der Casemanager

darin liegen, einen möglichst effizienten Behandlungsprozess zu steuern, welcher u. a. auch ein Controlling der Verweildauer beinhaltet. Weiterhin sorgen die Casemanager für einen lückenlosen Behandlungsübergang in die ambulante Behandlung bzw. die Rehabilitation oder Pflegeeinrichtung. Um dies gewährleisten zu können, ist jedoch auch die zeitnahe Mitwirkung der Krankenkassen durch Kostenübernahmen und Bewilligungsverfahren erforderlich.

Es gibt grundsätzlich keinen Anreiz, einen Behandlungsfall länger als die Obere Grenzverweildauer zu behandeln. Die Zuschläge für zusätzliche Tage sind i. d. R. so knapp kalkuliert, dass durch diese Erlöse vielfach nicht einmal die anfallenden Kosten gedeckt werden können.

Dass es hinsichtlich der Dokumentationsqualität Schwachstellen gibt, ist unumstritten. Dass dies nicht zu Lasten der Kostenträger gehen kann, ebenso. Vermieden werden muss jedoch der Eindruck, dass es sich hierbei um Falschabrechnung handelt, da die Leistung an sich zwar erbracht wurde, jedoch nach Prüfung aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten aus Sicht der Kostenträger und auf Basis vorhandener Dokumentation nicht erforderlich gewesen wäre. Die Kostenträger haben hier die Schwächen im System erkannt und versuchen diese für sich zu nutzen. Kompromisslösungen zu finden ist hierbei nicht primäres Ziel der Krankenkassen. Insbesondere hinsichtlich der dokumentationsintensiven Komplexbehandlungen (vgl. Bsp. in Kapitel 3.5.3.1) stellt dies ein Problem dar. Oftmals ist anhand der vorhandenen Dokumentation nachvollziehbar, dass das Ziel, eine für den Patienten hochwertige Behandlungsqualität zu erzielen, durchaus verfolgt und grundsätzlich erreicht wurde. Die Kodierung kann jedoch potenziell an einem nicht erfüllten bzw. nicht ausreichend dokumentierten Kriterium scheitern, welches für die primäre Behandlung des Patienten nicht alleine ausschlaggebend ist. Hierbei wird seitens des MDK nicht gewichtet, sondern lediglich geprüft, ob alle Kriterien gemäß des OPS-Kataloges erfüllt wurden, nicht jedoch welche Relevanz ein nicht erfülltes oder nicht dokumentiertes Kriterium tatsächlich für den Patienten und das Ziel der gesicherten Behandlungsqualität hat.

„Abrechnungsorientierte Behandlung“

Der Vorwurf der GKV, die Krankenhäuser würden abrechnungsorientiert behandeln, ist weder nachvollziehbar noch haltbar. Nicht zuletzt, dass es sich bei einer wesentlich unangemessenen Behandlung um einen Tatbestand des Strafrechts handelt, ist die direkte Wirkung einer höheren Abrechnung auf die handelnden Personen (Leistungserbringer (Ärzte) bzw. -erfasser (z. B. Kodierfachkräfte)) i. d. R. nicht gegeben. Somit besteht zunächst keine direkte Intention für die handelnden Personen, sich strafbar zu machen.

Weiterhin wird im überwiegenden Teil der Krankenhäuser auf die organisatorisch unterschiedlichste Art und Weise das Vier-Augen-Prinzip gewahrt; d. h. dass mindestens zwei Personen die Kodierung vor Fallabschluss und Abrechnung prüfen. Somit sollten sowohl Fehler als auch Missbrauch minimiert werden.

Das System ist von Beginn an auf Kontrollmechanismen ausgelegt worden. Sofern einzelne Krankenhäuser auffällig sein sollten, gibt es die Möglichkeit für die Kostenträger, eine Prüfung nach § 17c KHG anzusetzen, die auch entsprechende Sanktionsmaßnahmen bei Verfehlungen vorsehen (vgl. Kapitel 4.3).

Medizinische Leitlinien und die Etablierung von Behandlungsstandards für viele Behandlungsmethoden und Erkrankungen haben die medizinische Entwicklung der Krankenhäuser in den letzten Jahren geprägt. Die zunehmende Transparenz der Behandlungsqualität durch das Veröffentlichen von Ergebnissen der Qualitätssicherung zeigt Einfluss auf die medizinischen Behandlungsmethoden und -inhalte. Ein Spielraum für falsche oder schlechte Behandlung zugunsten einer besseren Vergütung lässt das System nicht zu.

„Falschabrechnung“

Eine Falschabrechnung im Sinne von vorsätzlicher, bewusster und zu Gunsten des Krankenhauses falsch abgerechneter Fälle kann nicht völlig ausgeschlossen werden. Dementsprechend ist es angebracht und notwendig, Kontrollinstrumente einzusetzen, um Betrug zu minimieren und grundsätzlich eine vertretbare und gute Kodier- und Abrechnungsqualität zu erreichen. Letztlich ist es die Pflicht der Krankenkassen aus ökonomischer Sicht, Rechnungen zu prüfen. Dies ist über § 275 Abs. 1 SGB V berechtigterweise auch gesetzlich verankert. Wichtig ist es an dieser Stelle jedoch, diese wirklich identifizierten falschen Abrechnungen von den übrigen, dem komplexen System geschuldeten Rechnungskorrekturen abzugrenzen.

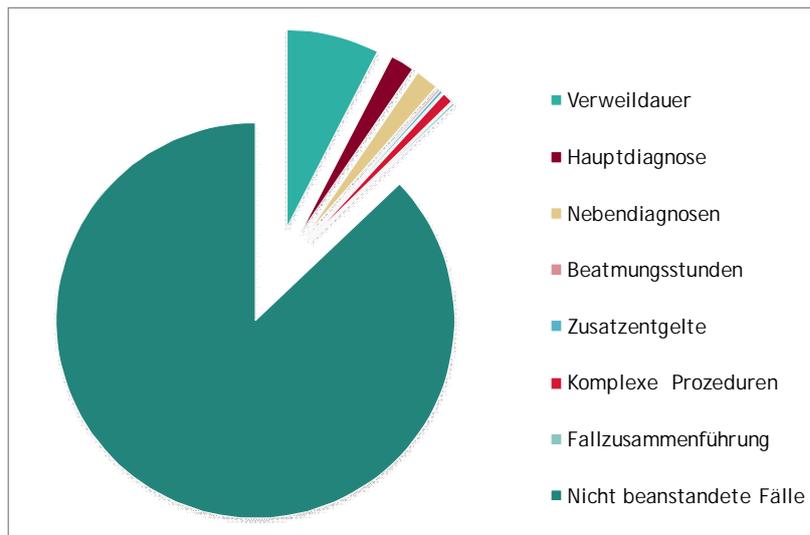


Abb. 16: Verteilung der MDK-Prüfgründe

Insgesamt lässt sich das Potenzial der „echten“ Falschabrechnungen - im Sinne bewusster Abrechnung falsch hoher Entgelte - auf bestimmte Prüfgründe reduzieren. So ist unstrittig, dass die Leistungen - also die Behandlungstage im Krankenhaus - der Prüfgründe

- Untere Grenzverweildauer,
- Obere Grenzverweildauer und
- Primäre Fehlbelegung/Stationäre Behandlungsnotwendigkeit

tatsächlich erbracht wurden. Inwiefern diese Behandlungstage retrospektiv betrachtet erforderlich bzw. wirtschaftlich waren, ist eine andere Fragestellung. Als potenziell falsch abgerechnete Fälle können diese Rechnungen jedoch ausgeschlossen werden.

Weiterhin weisen die Prüfgründe

- Beatmungsstunden und
- Fallzusammenführung

eine niedrige Wahrscheinlichkeit auf, dass hierbei eine Falschabrechnung vorliegt. Fallzusammenführungen und Beatmungsstunden unterliegen, wie in Kapitel 3.5.3.1 beschrieben, grundsätzlich klaren Regeln, welche zum einen seltener Prüfgrund sind und die Behandlungen zum anderen ebenso wie bei den Fragen nach der Verweildauer, erbracht wurden.

Der Erfassung der komplexen Prozeduren liegen zahlreiche strukturelle und personelle Voraussetzungen zugrunde. Die Prüfung kann hinsichtlich der strukturellen Bedingungen oder aber der medizinisch-inhaltlichen Leistungen erfolgen. Da zahlreiche Details zur Kodierung der Komplexbehandlung erfüllt sein müssen, ist die Dokumentationsqualität von hoher Bedeutung. Ein häufiges Problem ist, dass diese aufgrund personeller Ressourcen nicht immer durchgängig gewährleistet werden kann. Dies bedeutet, dass obwohl alle strukturellen und qualitativen Anforderungen für die Erbringung des Komplexkodes erfüllt sind, aufgrund lückenhafter Dokumentation die erlösrelevanten Prozeduren jedoch nicht kodierfähig sind, selbst wenn die medizinischen Leistungen unter Einsatz erforderlicher Ressourcen und unter den qualitativen Anforderungen des OPS-Kataloges erbracht wurden.

Eine wissentlich falsche Abrechnung kann folglich im Wesentlichen auf die Prüfgründe die Diagnosen betreffend (Hauptdiagnose, Nebendiagnosen) eingegrenzt werden.

4.3 Wirkweisen, Anreiz- und Sanktionsmechanismen

Im Rahmen des GKV-WSG wurde dem § 275 SGB V, welcher u. a. die Verpflichtung der Krankenkassen zur Prüfung der Abrechnung bei Auffälligkeiten vorsieht, der Absatz 1c hinzugefügt, welcher zunächst eine Aufwandspauschale i. H. v. 100 EUR zur Zahlung an die Krankenhäuser durch die beauftragenden Kostenträger regelte. Im Jahre 2009 wurde durch das KHRG diese Pauschale auf 300 EUR erhöht.

Generell ist die Krankenkasse in allen Fällen zur Zahlung der 300 EUR-Pauschale (vgl. Kapitel 3.5.3.3) verpflichtet, in denen die MDK-Prüfung nicht zu einer Minderung des Ausgangsrechnungsbetrages führte, d. h. also die Fälle, in denen sich der Ausgangsrechnungsbetrag erhöht hat oder in denen der Abrechnungsbetrag unverändert blieb. Das Bundessozialgericht entschied jedoch bereits über die nicht angebrachte Zahlung der Pauschale aufgrund einer falschen Kodierung der Hauptdiagnose, welche die Prüfung ausgelöst hatte.⁴⁶ Dem zu Folge löst nicht immer ein unveränderter Abrechnungsbetrag eine 300 EUR-Pauschale aus, wenn die Ursache der Prüfung eindeutig beim Krankenhaus liegt. Dass neben den Klageverfahren bezüglich der Einzelfälle zukünftig auch zunehmend Verfahren betreffend der Pauschale entstehen, dürfte auf der Hand liegen.

Insgesamt muss die MDK-Aufwandspauschale kritisch in der Hinsicht betrachtet werden, dass durch diesen pauschalen Aufwandsausgleich sowohl für die Kostenträger als auch für den MDK ein Falschanreiz gesetzt wird, die Rechnungen in jedem Fall zu kürzen um die Zahlung der Aufwandspauschale zu umgehen.

Die GKV fordert eine symmetrische Aufwandspauschale, d. h. die Zahlung von ebenso 300 EUR durch die Krankenhäuser, sofern eine Rechnung gekürzt wurde. Hierbei besteht folgende Einschränkung: die Krankenhäuser verfügen nicht über eine Einflussnahme auf Art und Umfang der Prüfungen. Die Krankenkassen hingegen bestimmen direkt darüber, welche Abrechnungsfälle als Prüfungsauftrag an den MDK gegeben werden und definieren hiermit sowohl den bürokratischen Aufwand für sich selbst und den MDK als auch für die Krankenhäuser. Das Argument, durch ein verändertes Kodierverhalten der Krankenhäuser würde sich auch die Prüfquote ändern, ist nicht nachweislich und eher spekulativ. Weiterhin darf die Tatsache, dass medizinische Sachverhalte einer unterschiedlichen Auslegung unterworfen sind, nicht dazu führen, dass zum einen die Rechnung gekürzt wird und zum anderen zusätzlich ein Bußgeld erhoben wird. Die Nichtvergütung bereits erbrachter Leistungen stellt für die Krankenhäuser bereits einen erheblichen wirtschaftlichen Schaden dar.

Ein weiterer Aspekt ist, dass die Einführung der 300 EUR-Pauschale einer gewissen Regulierung und Reduktion der wachsenden Anzahl an MDK-Prüfungen dienen sollte, wie es die Gesetzesbegründung zum Ausdruck bringt: „Ziel der Einführung der Aufwandspauschale im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) war, einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung entgegenzuwirken.“ (Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 21.10.2010 Drucksache

⁴⁶ Vgl. Bundessozialgericht, (2010)

17/3360). Die Krankenkassen sind somit angehalten, die Auswahl der Prüffälle nach sorgfältiger interner Analyse an den MDK weiterzuleiten. Wie bereits im Kapitel 4.1 ausgeführt findet diese Vorauswahl teilweise bereits unter Beteiligung des MDK statt, so dass angabegemäß zielgerichtete Prüfungen durchgeführt werden. Setzt man dies tatsächlich voraus, so liegt grundsätzlich die Schlussfolgerung nahe, die nicht geprüften Fälle entsprechen nicht dem Auswahlkriterium der „Auffälligkeit“ und bilden insofern eine Grundgesamtheit an Fällen, die ein erheblich niedrigeres Diskussionspotenzial birgt als die gezielt ausgewählten Fälle.

Die Entwicklung hin zu gezielt und verstärkt eingesetzten Einzelfall-Prüfungen in auffälligen Krankenhäusern zeigt, dass es ein strafrechtlich relevantes Verhalten nicht gibt; Strafverfahren spielen im aktuellen Thema so gut wie keine Rolle.⁴⁷

Unterstellt man den Krankenhäusern den derzeit propagierten bewussten Abrechnungsbetrug und fehlende Sanktions- und Strafmechanismen, so ist festzuhalten, dass es strafrechtlich relevantes Verhalten so gut wie nicht gibt.

Es ist folglich deutlich erkennbar, dass die Krankenhäuser jeder Zeit mit einer umfassenden Prüfung und Sanktion rechnen müssen und somit keinerlei Anreize zur Falschabrechnung bestehen.

Weiterhin nicht sanktionslos bleiben grundsätzlich falsche Dokumentationen in der Patientenakte und falsche Kodierung im Sinne der echten Falschabrechnung. Hier handelt es sich eindeutig um einen Straftatbestand im Sinne des Strafgesetzbuches und kann und sollte - sofern identifiziert - durchaus durch die Kostenträger angezeigt werden, um wirkliche Betrugsversuche angemessen zu ahnden. Gemäß § 197a Abs. 4 SGB V sind die Krankenkassen hierzu sogar angehalten.

⁴⁷ DAK-Ermittlungsreport 2008/2009; Fehlverhaltensbekämpfung - Abrechnungsmanipulation im Leistungsbereich, S. 5

4.4 Wirtschaftliche Konsequenzen der Anrechnungs- und Rechnungsprüfungsprozesse

Die vorgelagerten Kapitel haben bereits die Komplexität und die verschiedenen relevanten Regularien des deutschen DRG-Abrechnungssystems veranschaulicht. Die mit Einführung des DRG-Systems einhergehenden Veränderungen für die Krankenhäuser sind durch folgende Kernaspekte gekennzeichnet:

- Steigender bürokratischer Aufwand, nicht zuletzt durch
- Zunahme der Intensität von MDK-Prüfungen und
- Komplexität der Leistungsabrechnung.

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland ist insgesamt angespannt; ergänzend sei an dieser Stelle auf die detaillierten Ausführungen in Kapitel 3 verwiesen. Es ist daher eine Herausforderung, unter den bestehenden wirtschaftlichen Bedingungen und den intensivierten Anforderungen an die Abrechnungsmodalitäten die Erlöse für das Krankenhaus zu sichern.

Problematisch ist die Erlössicherung hinsichtlich der durch MDK-Prüfungen betrachteten Fälle, welche sich für das Krankenhaus oftmals zu medizinischen Streitfällen entwickeln. Die Differenzen zwischen MDK und Krankenhaus gestalten sich immer häufiger als unlösbar, so dass monetäre Kompromisse mit den Krankenkassen geschlossen werden, um ein langwieriges und ressourcenaufwendiges gerichtliches Verfahren zu vermeiden. Diese Kompromisslösungen und resultierende Rechnungskorrekturen sind keine Falschabrechnungen. Einer aufwandsgerechten Vergütung entsprechend der ursprünglich gestellten Rechnung wird dem Krankenhaus somit oftmals entsagt, obwohl keine eindeutig fehlerhafte Abrechnung vorlag.

Ein Mechanismus zur qualitativen Verbesserung von Kodier- und Abrechnungsprozessen und zur medizinisch-inhaltlichen Erlössicherung äußert sich durch die sich im DRG-System neu gebildeten Berufsgruppen wie Medizin-Controller und Kodierfachkräfte und deren zunehmenden Einsatz im Krankenhaus.

Dieser Aufwand ist einzig und allein der Ausprägung des DRG-Systems zuzuordnen. Jedoch ist es für die Krankenhäuser zwingend, diesen Aufwand zu betreiben. Es ist zum heutigen Entwicklungsstand des DRG-Systems nahezu unmöglich, jeden Krankenhausarzt derart zu schulen, dass er die Systematik zu korrekten und aufwandsgetreuen Abrechnung sicher beherrscht. Im Prinzip müsste ein Krankenhausarzt zum einen Experte für die Behandlung seiner jeweiligen Patienten und zum anderen Experte für die Abrechnungsmodalitäten sein. Diese Verbindung scheint gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels nahezu ausgeschlossen.

Insofern stellen die spezifischen Kompetenzen der Medizin-Controller und Kodierfachkräfte das Gegengewicht zum MDK dar. Würde es auf Seiten des Krankenhauses keinen entsprechenden „Abrechnungsexperten“ bzw. „Systemkenner“ geben, wäre die Existenz des Krankenhauses aufgrund der dargestellten wirtschaftlichen Lage im Gesundheitssystem mittelfristig gefährdet. Insofern wird im Allgemeinen auch von einem „Wett-rüsten“ mit dem MDK gesprochen. So hat sich die Zahl der Medizin-Controller vom Jahr 2004 bis zum Jahr 2010 fast verdoppelt, die Anzahl der Kodierfachkräfte vervierfacht. Darüber hinaus sind nach Angaben der Krankenhäuser 4 % der Stellen für Kodierfachkräfte

nicht besetzt. D.h. der bis heute betriebene Ausbau dieser Berufsgruppen ist noch nicht ausreichend gewesen, um der Dynamik und Komplexität des deutschen Abrechnungssystems zu begegnen.

Beim MDK waren zu Ende des Jahres 2010 insgesamt 7.423 Mitarbeiter (entsprechend 6.710 Vollstellen) in 15 regionalen MDK tätig. Davon 2.067 Ärztliche Mitarbeiter (entsprechend 1.931 Vollstellen).⁴⁸

Jahr	Versichertenbezogene Anfragen stationäre Versorgung (Berichtswesen MDS)*	Fallzahl KH (Destatis)	Prüfquote**
2003	1.333.302	17.296.000	7,71%
2004	1.285.370	16.802.000	7,65%
2005	1.575.358	16.539.000	9,53%
2006	1.929.128	16.833.000	11,46%
2007	1.903.044	17.179.000	11,08%
2008	2.307.068	17.373.000	13,28%

Abb. 17: MDK-Zahlen zur Einzelfallprüfung⁴⁹

Im Durchschnitt beschäftigt jedes Krankenhaus ca. 6,64 Vollkräfte im Bereich des Medizincontrollings und der Kodierfachkräfte. Dies entspricht einem Aufwand bezogen auf die Personalkosten von jährlich ca. 341 TEUR.

Hochgerechnet auf alle deutschen Krankenhäuser sind in diesen Bereichen ca. 13.700 Mitarbeiter beschäftigt und kosten das Gesundheitssystem jährlich 0,7 Mrd. EUR⁵⁰ - rein auf Seiten der Krankenhäuser. Gemessen an den mittleren Behandlungskosten eines stationären Krankenhausbehandlungsfalles in Deutschland⁵¹ bedeutet dies, dass für diese Aufwendungen ca. 190.000 Patienten stationär behandelt werden könnten.

Zu betonen ist, dass dies ausschließlich der durch die Einführung des DRG-Systems veranlasste Zusatzaufwand für die Rechnungserstellungs- und -prüfprozesse ist. Davon unberührt sind die bereits vor der DRG-Einführung bestehenden Verwaltungsbereiche und -kosten, die weiterhin Bestand haben.

Nach Auskunft der Krankenhäuser in der BDO Umfrage beträgt die mittlere Personalbindung je Prüfungsfall zwischen 91 und 118 Minuten. Es ist hierbei ein deutlicher Unterschied in der Personalbindung je nach gewähltem Prüfverfahren zu beobachten. Signifikante Unterschiede zwischen Inhouse-Prüfung und schriftlichem Prüfverfahren zeigen

⁴⁸ Vgl. MDK, (o.J.c)

⁴⁹ Vgl. Pick, Busley, (2009)

⁵⁰ Dies entspricht 1,1 % sämtlicher Krankenhauskosten 2009 in Deutschland lt. Statistischem Bundesamt (allgemeine Krankenhäuser).

⁵¹ 2009; lt. Statistischem Bundesamt

sich bei den Universitätsklinika. So beträgt hier die Ressourcenbindung im Krankenhaus für eine Inhouse-Prüfung im Durchschnitt 127 Minuten, für schriftliche Prüfverfahren 218 Minuten. Die Gewinn- und Verlustquote von Fällen im Prüfverfahren weicht bei diesen Kliniken nur unwesentlich vom Durchschnitt ab. Dies zeigt, dass die Erörterung komplexer Prüffälle im persönlichen Dialog zwischen MDK-Arzt und Kliniker deutlich effizienter verläuft, ohne den Ausgang des Verfahrens signifikant zu beeinflussen.

Dauer nach Betten	MDK Prüfverfahren	
	extern	inhouse
Mittelwert (Minuten)	118	91
Dauer KH < 100 Betten	93	66
Dauer KH mit 100 - 299 Betten	114	127
Dauer KH mit 300 - 599 Betten	104	75
Dauer KH > 600 Betten	149	102
davon Dauer Uni-Kliniken	218	127

Abb. 18: Personalbindung externe und inhouse MDK-Prüfungen nach Krankenhausgröße

Der skizzierte Aufwand kommt durch die folgenden fallbezogenen Personalbindungsminuten der beteiligten Mitarbeiter/Organisationseinheiten des Krankenhauses zustande:

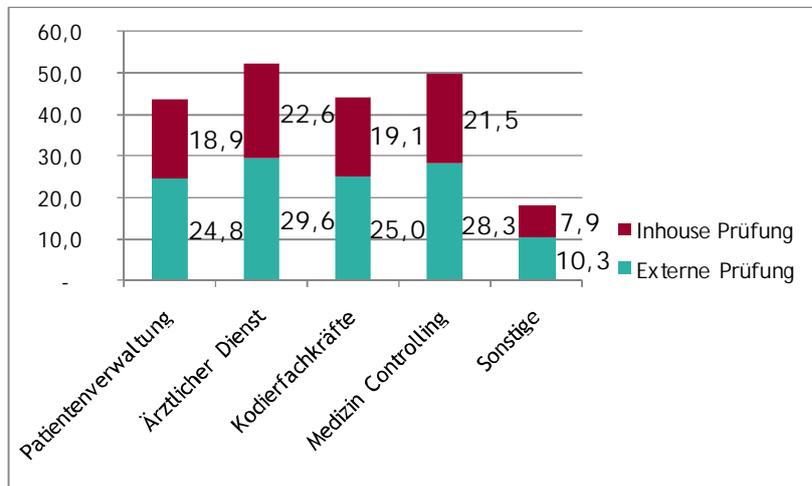


Abb. 19: Personalbindungsminuten im Krankenhaus aufgrund von MDK-Fallprüfungen

Die Personalkapazitäten der Krankenhäuser nur bezogen auf MDK Fallprüfungen belaufen sich auf hochgerechnet zwischen 1.900 und 2.500 Vollkräfte. Dies entspricht Bürokratiekosten im Personalbereich von ca. 170 Mio. EUR. Eine Erhöhung der Prüfquote um 1 % führt zu einer Mehrbelastung der Krankenhäuser von 12 bis 16 Mio. EUR.

Notwendiges „Wettrüsten“ der Krankenhäuser und die daraus resultierenden Kosten sind nicht Bestandteil der beitragsfinanzierten Betriebskostenfinanzierung. Letztlich sind die Mehrkosten der Krankenhäuser zur Erlössicherung über andere Berufsgruppen zu

kompensieren. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass diese Entwicklung im Wesentlichen zu Lasten des Pflegedienstes gegangen ist.

Trotz eines komplexen Abrechnungssystems und der Notwendigkeit der Krankenkassen Rechnungen zu prüfen, wäre ein durchgängiger Einsatz von Inhouse-Prüfungen eine Möglichkeit, Bürokratie abzubauen und das Prüfverfahren effizienter und wirtschaftlicher zu gestalten.

5 SCHLUSSBEMERKUNG

Die Analysen und Ausführungen des vorliegenden Gutachtens haben gezeigt, dass das DRG-System und die zugehörigen Prüfmechanismen seitens der Kostenträger und des MDK komplexen Zusammenhängen folgen. Das Abrechnungssystem unterliegt einer stetigen Entwicklung, welche kennzeichnend für das „lernende System“ ist. Aufbauend auf den Erkenntnissen und Feststellungen des Gutachtens ist davon auszugehen, dass durch sukzessive Weiterentwicklung von Regularien und Einflussgrößen das Potenzial an streitbaren Rechnungen abgebaut werden kann und bereits zum heutigen Zeitpunkt entwickelt wird. Ziel für die Weiterentwicklung des DRG-Systems muss es zukünftig weiter sein, eine zunehmende Klarstellung und Verbindlichkeit hinsichtlich der Rechnungslegung und der Wahlmöglichkeiten des Abrechnungssystems in Abgrenzung zur medizinischen Behandlungsfreiheit zu erreichen.

BDO AG

Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Köln, 4. Oktober 2011

Jürgen Metzenmacher
Partner

ppa. Carsten Schäfer
Prokurist

6 ANLAGEN

6.1 Abbildungen Kapitel 3.2 zum Thema Ärztemangel

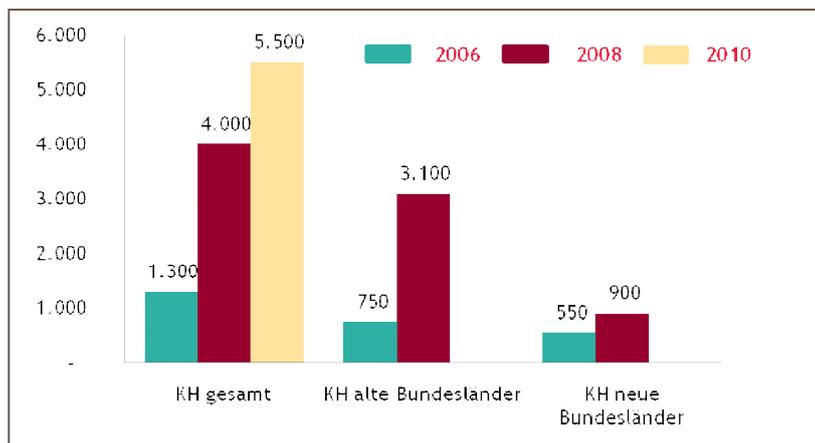


Abb. 20: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser 2006-2010⁵²

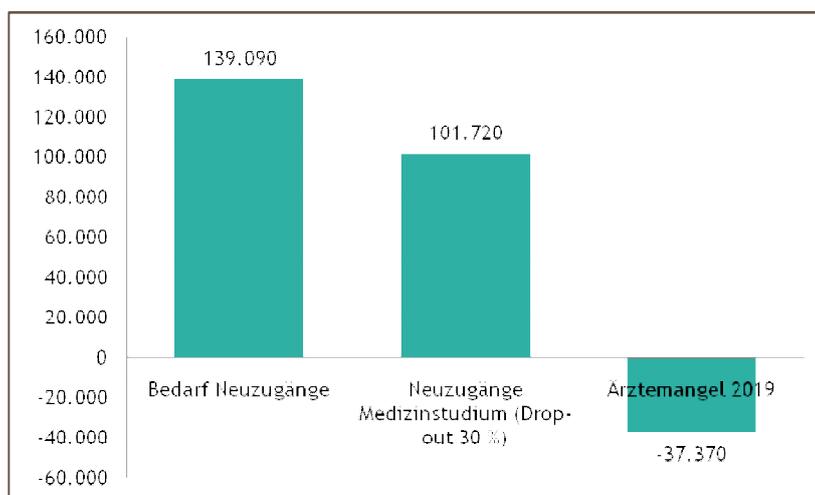


Abb. 21: Prognose des Ärztemangels bis 2019⁵³

6.2 Rechtliche Grundlagen

Dieses Kapitel stellt die wesentlichen Rechtsnormen in Zusammenhang mit der Krankenhausfinanzierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen dar. Die einzelnen Rechtsvorschriften werden im Folgenden kurz bezüglich ihrer für die Fragestellungen des Gut-

⁵² Vgl. Blum, Löffert, (2010a)

⁵³ Vgl. Blum, Löffert, (2010b)

achtens relevanten Teile zusammengefasst und zur Vollständigkeit im Anschluss daran im ganzen Wortlaut abgebildet.

6.2.1 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Das SGB V regelt die gesetzliche Krankenversicherung, die Struktur und Rollen von Kostenträgern und Leistungserbringern innerhalb des Versorgungssystems. Für Krankenhäuser im Zusammenhang mit der stationären Leistungserbringung und Abrechnung sind folgende Regelungen des SGB V exemplarisch aufgeführt.

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltenden Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

§ 39 Krankenhausbehandlung

Hierin wird die Krankenhausbehandlung definiert. Sie kann vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werden. Jeder Versicherte hat Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, um das Behandlungsziel zu erreichen. Alternative Behandlungsmöglichkeiten durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich der häuslichen Krankenpflege sind zu prüfen.

1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht

durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auf-erlegt werden.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gemeinsam erstellen unter Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, daß sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, daß Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 71 Grundsatz der Beitragssatzstabilität

Krankenkassen und Leistungserbringer haben Vergütungsvereinbarungen so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt für die Vereinbarungen der Vergütungen jeweils für das folgende Kalenderjahr die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen fest.

(1) Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137g) auf Grund der Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 erbracht werden, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

(2) Um den Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 zu entsprechen, darf die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung der Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet nach Absatz 3 ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten. Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt bis zum 15. September eines jeden Jahres für die Vereinbarungen der Vergütungen des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach den Absätzen 1 und 2 anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre fest. Grundlage sind die monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds, die die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ausweisen. Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.

(3a) (weggefallen)

(4) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Abs. 1 und 2, §§ 83, 85, 125 und 127 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden.

(5) Die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und die Verträge nach den §§ 73c und 140a bis 140d sind unabhängig von Absatz 4 auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, vorzulegen.

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzenden Eingriffe zugelassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren diesen Katalog in Verbindung mit einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 275 Medizinischer Dienst der Krankenkassen - Begutachtung und Beratung

Die Krankenkassen sind verpflichtet zur Prüfung von Auffälligkeiten der Abrechnung und in diesen Fällen zur Einschaltung des Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Bei Krankenhausbehandlung ist eine Prüfung zeitnah durchzuführen. Die Prüfung 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.

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.

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, 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. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,

3. bei Arbeitsunfähigkeit

a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder

b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

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

(1a) Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen

a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder

b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.

Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Arbeitgeber kann verlangen, daß die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

(1b) Der Medizinische Dienst überprüft bei Vertragsärzten, die nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 geprüft werden, stichprobenartig und zeitnah Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. Die in § 106 Abs. 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren das Nähere.

(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.

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung (Anschlußheilbehandlung),

2. (entfällt),

3. bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist (§ 18),

4. ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1),

5. ob Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§ 27 Abs. 2).

(3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,

2. bei Dialysebehandlung, welche Form der ambulanten Dialysebehandlung unter Berücksichtigung des Einzelfalls notwendig und wirtschaftlich ist,

3. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen,

4. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66).

(3a) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 der Psychiatrie-Personalverordnung in vergleichbaren Gruppen Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine Sozialdaten enthalten.

(4) Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst oder andere Gutachterdienste zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Be-

ratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse.

(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.

§ 301 Krankenhäuser

Die Rechnungsstellung und die Datenübermittlung insbesondere in Bezug auf Art und Umfang der zu übermittelnden Daten sind im § 301 SGB V geregelt.

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

- 1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,*
- 2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,*
- 3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegegewicht,*
- 4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,*
- 5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,*
- 6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,*
- 7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,*
- 8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,*
- 9. die nach den §§ 115a und 115b sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.*

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie der Angaben nach Satz 1 Nr. 8 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.

(2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach dem der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen.

(3) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 und das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

(4) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet den Krankenkassen bei stationärer Behandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das interne Kennzeichen der Einrichtung für den Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse,
3. den Tag der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. bei ärztlicher Verordnung von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen die Arztnummer des einweisenden Arztes,
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
6. Angaben über die durchgeführten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
7. die berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie Angaben nach Satz 1 Nr. 6 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. Für die Angabe der Diagnosen nach Satz 1 Nr. 3 und 5 gilt Absatz 2 entsprechend. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die ermächtigten Krankenhausärzte sind verpflichtet, dem Krankenhausträger im Rahmen des Verfahrens nach § 120 Abs. 1 Satz 3 die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen erforderlichen Unterlagen zu übermitteln; § 295 gilt entsprechend. Der Krankenhausträger hat den kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsunterlagen zum Zweck der Abrechnung vorzulegen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen entsprechend.

6.2.2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) regelt die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser im Wege der dualen Finanzierung. Hierin werden die Länder im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge verpflichtet die Finanzierung der Investitionskosten sicherzustellen. Die Betriebskostenfinanzierung erfolgt über die Patienten, privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen. § 17 KHG verweist für diesen Finanzierungsbereich auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

§ 2 Begriffsbestimmung

Hierin erfolgt die Definition der Krankenhäuser, der im Rahmen der verbundenen Ausbildungsstätten anerkannten Ausbildungsberufe an Krankenhäuser und die Abgrenzung der Investitionskosten.

Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Krankenhäuser

Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können,

1a. mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung für die Berufe

- a) Ergotherapeut, Ergotherapeutin,*
- b) Diätassistent, Diätassistentin,*
- c) Hebamme, Entbindungspfleger,*
- d) Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin*
- e) Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger,*
- f) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,*
- g) Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer,*
- h) medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent, medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin,*

i) *medizinisch-technischer Radiologieassistent, medizinisch-technische Radiologieassistentin,*

j) *Logopäde, Logopädin,*

k) *Orthoptist, Orthoptistin,*

l) *medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik, medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik,*

wenn die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind,

2. Investitionskosten

a) *die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter),*

b) *die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter);*

zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung sowie die Kosten der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

3. für die Zwecke dieses Gesetzes den Investitionskosten gleichstehende Kosten

a) *die Entgelte für die Nutzung der in Nummer 2 bezeichneten Anlagegüter,*

b) *die Zinsen, die Tilgung und die Verwaltungskosten von Darlehen, soweit sie zur Finanzierung der in Nummer 2 sowie in Buchstabe a bezeichneten Kosten aufgewandt worden sind,*

c) *die in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a und b bezeichneten Kosten, soweit sie gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser betreffen,*

d) *Kapitalkosten (Abschreibungen und Zinsen) für die in Nummer 2 genannten Wirtschaftsgüter,*

e) *Kosten der in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a bis d bezeichneten Art, soweit sie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten betreffen und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind,*

4. Pflegesätze

die Entgelte der Benutzer oder ihrer Kostenträger für stationäre und teilstationäre Leistungen des Krankenhauses,

5. pflegesatzfähige Kosten:

die Kosten des Krankenhauses, deren Berücksichtigung im Pflegesatz nicht nach diesem Gesetz ausgeschlossen ist.

§ 4 Wirtschaftliche Sicherung

Beschreibt die Aufteilung der Betriebs- und Investitionsfinanzierung im Rahmen des dualen Krankenhausfinanzierungssystems als Weg der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhausversorgung.

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

- 1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie*
- 2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.*

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

§ 17b bestimmt die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in einem durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem, welches Komplexitäten und Komorbiditäten abbildet und einen praktikablen Differenzierungsgrad aufweisen soll. Ferner sind Zu- und Abschläge zur Finanzierung der Notfallversorgung sowie die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten zu vereinbaren.

Die Selbstverwaltung (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) vereinbaren gemeinsam nach diesen Vorgaben ein Vergütungssystem, das auf Grundlage von DRG basiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerkürzungen und Leistungsverlagerungen zu anderen Versorgungsbereichen.

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; dies gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts Abweichendes bestimmt wird. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind Richtwerte nach § 17a Abs. 4b sowie bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes und für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung; für die Kalkulation und Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte, die nach Regionen differenziert werden können, sind die besonderen Leistungen zu benennen und zu bewerten und den Vertragsparteien im Voraus zu übermitteln. Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Zuschläge zu vereinbaren; diese können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden. Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von

Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sind bundeseinheitliche Empfehlungen für Maßstäbe zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen nach Satz 6 zu erlassen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten zu gewährleisten; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. Soweit das Land keine Vorgaben erlässt, sind die Empfehlungen nach Satz 6 verbindlich anzuwenden. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag im Einzelfall vorliegen und vereinbaren die Höhe der abzurechnenden Zuschläge. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie können für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorgegeben werden. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschale in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart werden. Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden. Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen. Bis zum 30. Juni 2009 ist zu prüfen, ob zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche erforderlich sind; erforderliche Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und

die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. Die Prüfungsergebnisse nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu beachten. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind; dies gilt entsprechend für einen Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Die betroffenen Fachgesellschaften und, soweit deren Belange berührt sind, die Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und der Industrie für Medizinprodukte erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme. Für die gemeinsame Beschlussfassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zwei Stimmen und der Verband der privaten Krankenversicherung eine Stimme. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Die Vertragsparteien veröffentlichen in geeigneter Weise die Ergebnisse der Kostenerhebungen und Kalkulationen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. Juni 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene (Bewertungsverfahren), insbesondere der zu Grunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene. Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001 Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4. Die Bewertungsrelationen können auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert, aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übernommen oder auf deren Grundlage weiterentwickelt werden. Nach Maßgabe der Absätze 4 und 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2a. Erstmals für das Jahr 2005 wird nach § 18 Abs. 3 Satz 3 ein Basisfallwert vereinbart.

(4) Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren für die Anwendung im Jahr 2003 einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des von ihnen ausgewählten australischen Katalogs. Auf Verlangen des Krankenhauses wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2003 mit diesem vorläufigen Fallpauschalenkatalog eingeführt.

(5) Zur Finanzierung der ihnen übertragenen Aufgaben nach den Absätzen 1 und 3 sowie § 10 Abs. 2 und § 17d vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1

1. einen Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall, mit dem die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des zum 1. Januar 2003 einzuführenden Vergütungssystems finanziert werden (DRG-Systemzuschlag). Der Zuschlag dient der Finanzierung insbesondere der Entwicklung der DRG-Klassifikation und der Kodierregeln, der Ermittlung der Bewertungsrelationen, der Bewertung der Zu- und Abschläge, der Ermittlung der Richtwerte nach § 17a Abs. 4b, von pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation und der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die Aufgaben durch ein eigenes DRG-

Institut wahrnehmen lassen oder das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet,

2. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die durch den Systemzuschlag erhobenen Finanzierungsbeträge ausschließlich zur Umsetzung der in diesem Absatz genannten Aufgaben verwendet werden,

3. das Nähere zur Weiterleitung der entsprechenden Einnahmen der Krankenhäuser an die Vertragsparteien,

4. kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.

Die Vertragsparteien vereinbaren pauschalierte Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation, die einen wesentlichen Teil der zusätzlich entstehenden Kosten umfassen sollen; sie sollen als fester Grundbetrag je Krankenhaus und ergänzend als Finanzierung in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Über die Teilnahme des einzelnen Krankenhauses entscheiden prospektiv die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf Grund der Qualität des Rechnungswesens oder der Notwendigkeit der zu erhebenden Daten; ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht. Für die Vereinbarungen gilt Absatz 2 Satz 6 entsprechend. Ein Einsatz der Finanzmittel zur Deckung allgemeiner Haushalte der Vertragsparteien oder zur Finanzierung herkömmlicher Verbandsaufgaben im Zusammenhang mit dem Vergütungssystem ist unzulässig. Die vom Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung nach Absatz 7 veranlassten Kosten für die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems sind von den Selbstverwaltungspartnern unverzüglich aus den Finanzmitteln nach Satz 1 zu begleichen; die Entscheidungen verantwortet das Bundesministerium. Der DRG-Systemzuschlag ist von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen oder einer Fallpauschale in Rechnung zu stellen; er ist an die Vertragsparteien oder eine von ihnen benannte Stelle abzuführen. Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder § 10 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes; er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 und das Budget nach § 12 und nicht in die Erlösausgleiche nach § 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die Gesamtbeträge oder die Erlösausgleiche nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ein.

(6) Das Vergütungssystem wird für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1. Januar 2004 eingeführt. Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2005 wird das Erlösbudget des Krankenhauses nach den näheren Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes schrittweise an den Basisfallwert nach Absatz 3 Satz 5 angeglichen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine

der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten,

2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen,

3. Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 14 und 15 zu bestimmen, die mit dem DRG-Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden,

4. unter den Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 Richtwerte nach § 17a Abs. 4b zur Finanzierung der Ausbildungskosten vorzugeben.

Von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 kann abgewichen werden, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist verpflichtet, dem Bundesministerium zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Das Bundesministerium kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das DRG-Institut ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen.

(7a) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Unterlagen, die von den Krankenhäusern für die Budgetverhandlungen vorzulegen sind, zu erlassen.

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch; dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Sie schreiben dazu Forschungsaufträge aus und beauftragen das DRG-Institut, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2005 zu veröffentlichen.

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

Diese Rechtsnorm verpflichtet die Krankenhäuser aktiv mit geeigneten Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass

- keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen [...] keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),

- eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,
- die Abrechnung [...] Krankenhausfälle ordnungsgemäß erfolgt.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) kann die Einhaltung dieser Verpflichtungen im Auftrag der Krankenkassen auf Basis von Stichproben prüfen. Die Stichprobe darf aus akuten und bereits abgeschlossen Fällen erhoben werden und sich auf bestimmte Organisationseinheiten, Prozeduren, Diagnosen und Entgelte beziehen. Das Krankenhaus hat dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen hierzu alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und Zugang zu den Räumen der Krankenhäuser gewähren. Der MDK hat dem Krankenhaus mitzuteilen und zu begründen inwieweit gegen die Verpflichtungen verstoßen wurde. Es ist ebenfalls zu prüfen, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind. Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen. Insofern hat eine Falschabrechnung der Krankenhäuser durchaus Konsequenzen; es gibt einen Strafmechanismus. Soweit sich die Parteien über die Prüfergebnisse und der sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, kann ein Schlichtungsausschuss angerufen werden.

(1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass

- 1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),*
- 2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,*
- 3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausfälle ordnungsgemäß erfolgt.*

(2) Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Absatz 1 genannten 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. Das Krankenhaus hat dem Medizinischen Dienst die dafür erforderlichen Unterlagen einschließlich der Krankenunterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind zu diesem Zweck befugt, nach rechtzeitiger Anmeldung die Räume der Krankenhäuser an Werktagen von 8.00 bis 18.00 Uhr zu betreten. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse, deren Versicherter geprüft worden ist, und dem Krankenhaus versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen, inwieweit gegen die Verpflichtungen des Absatzes 1 verstoßen wurde. Die gespeicherten Sozialdaten sind zu löschen, sobald ihre Kenntnis für die Erfüllung des Zweckes der Speicherung nicht mehr erforderlich ist. Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht fristgerecht veröffentlichen, werden jährlich geprüft.

(3) Stellen Krankenkassen auf der Grundlage von Stichproben nach Absatz 2 fest, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden, sind Ursachen

und Umfang der Fehlabbrechnungen festzustellen. Dabei ist ebenfalls zu prüfen, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 sollen ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren vereinbaren, um eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden; sie können abweichend auch vereinbaren, dass überhöhte Abrechnungen oder zu niedrige Abrechnungen jeweils gegenüber der zahlungspflichtigen Krankenkasse zu berichtigen sind. Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuführen; für die Rückzahlung gilt das Verfahren nach Satz 3.

(4) Soweit sich die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 über die Prüfergebnisse nach den Absätzen 2 und 3 und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, können der Krankenhausträger und jede betroffene Krankenkasse den Schlichtungsausschuss anrufen. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien. Der Schlichtungsausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie Vertretern der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser von der Landeskrankenhausesellschaft bestellt; bei der Auswahl der Vertreter sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und die Landeskrankenhausesellschaft sollen sich auf den unparteiischen Vorsitzenden einigen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Der Schlichtungsausschuss prüft und entscheidet auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten. Im Übrigen vereinbart der Ausschuss mit der Mehrheit der Stimmen bis zum 31. März 2003 das Nähere zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes, insbesondere zu der fachlichen Qualifikation der Prüfer, Größe der Stichprobe, Möglichkeit einer Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor Weiterleitung an die Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geben gemeinsam Empfehlungen zum Prüfverfahren ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Ausschuss. Kommen Empfehlungen bis zum 31. Januar 2003 nicht zustande, bestimmt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren.

(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten, die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Versicherte der privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen zu übermitteln, wenn der Versicherte hierzu schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt hat.

§ 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen und als Relativgewichte zu definieren. Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt.

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen.

(2) Mit den Entgelten nach Absatz 1 werden die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 3 Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Entgelte für Leistungen, die auf Bundesebene nicht bewertet worden sind, werden durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart. Die Vorgaben des § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 für Richtwerte nach § 17a Abs. 4b und Regelungen für Zu- und Abschläge sowie § 17b Abs. 1 Satz 15 und 16 zu besonderen Einrichtungen und zur Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen gelten entsprechend. Für die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen gelten § 17b Abs. 1 Satz 6 bis 9 und § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend.

(3) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren nach den Vorgaben der Absätze 1, 2 und 4 das Entgeltsystem, seine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. Es ist ein gemeinsames Entgeltsystem zu entwickeln; dabei ist von den Daten nach Absatz 9 und für Einrichtungen, die die

Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, zusätzlich von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung auszugehen. Mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben beauftragen die Vertragsparteien das DRG-Institut. § 17b Abs. 2 Satz 2 bis 8 ist entsprechend anzuwenden. Zusätzlich ist der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen zu geben, soweit psychotherapeutische und psychosomatische Fragen betroffen sind.

(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis zum Jahresende 2009 die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Sie vereinbaren bis zum 30. September 2012 die ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen. Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt.

(5) Für die Finanzierung der den Vertragsparteien auf Bundesebene übertragenen Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzierungsmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten;

2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen;

3. Leistungen nach Absatz 2 Satz 3 oder besondere Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 4 zu bestimmen, die mit dem neuen Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden.

Das Bundesministerium kann von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 3 abweichen, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Es kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist verpflichtet, dem Bundesministerium zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Es ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 3 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Unterlagen, die von den Krankenhäusern für die Budgetverhandlungen vorzulegen sind, zu erlassen.

(8) Die Vertragsparteien auf Bundesebene führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. § 17b Abs. 8 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2014 zu veröffentlichen.

(9) Für Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten nach seinem Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 Buchstabe a bis h zu übermitteln sind. Zusätzlich ist von Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 und 2 der Psychiatrie-Personalverordnung zu übermitteln; für die zugrunde liegende Dokumentation reicht eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs aus.

6.2.3 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Die Bundespflegesatzverordnung war in Zeiten der Pflegesätze neben dem KHG die wichtigste Rechtsnorm für den Betrieb eines Krankenhauses. Sie regelt die Betriebskostenfinanzierung auf Basis von Krankenhauspflegesätzen und hat seit Inkrafttreten des DRG-Systems nicht ausschließlich, aber im Wesentlichen, nur noch für Krankenhäuser eine Bedeutung, die nicht vom Geltungsbereich des DRG-Systems erfasst werden. Neben der Definition der Betriebskosten als pflegesatzfähige Kosten in § 7 BPfIV erfolgt in § 6 der Verweis auf die Beitragsatzstabilität. § 12 BPfIV regelt die Ausgleichsmechanismen (flexibles Budget) für den Fall, dass die tatsächliche Belegung eines Krankenhauses von dem vorkalkulierten Budget abweicht.

6.2.4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Das Krankenhausentgeltgesetz regelt die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser, die nach § 17b Abs. 1 KHG mit dem DRG-Vergütungssystem zu finanzieren sind. Ausgenommen von dieser Finanzierung sind psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen oder Abteilungen von Akutkrankenhäusern.

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

Neben der Herleitung des Erlösbudgets aus Fallpauschalen, Zusatzentgelten und krankenhausspezifisch zu vereinbarenden Entgelten sind hierin Regelungen zur Vereinbarung von Mehrleistungen und daraus resultierende Abschläge, Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, Ausgleichsregelungen für die Über- oder Unterschreitung der Budgetvereinbarung und Regelungen zur Finanzierung von zusätzlichen Stellen im Pflegedienst enthalten.

(1) Das von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 zu vereinbarendes Erlösbudget umfasst für voll- und teilstationäre Leistungen die Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und

die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. Es umfasst nicht die krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Abs. 1 bis 2a, nicht die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern, nicht die Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 und nicht die Vergütung nach § 140c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die integrierte Versorgung.

(2) Das Erlösbudget wird leistungsorientiert ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen Art und Menge der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe multipliziert werden. Die Entgelthöhe für die Fallpauschalen wird ermittelt, indem diese nach den Vorgaben des Entgeltkatalogs und der Abrechnungsbestimmungen mit den effektiven Bewertungsrelationen und mit dem Landesbasisfallwert nach § 10 bewertet werden. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus Fallpauschalen in voller Höhe dem Jahr zugeordnet, in dem die Patientinnen und Patienten entlassen werden.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Ab dem Jahr 2012 haben die Vertragsparteien die Höhe des Abschlags zu vereinbaren. Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln sowie bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes; im Übrigen können die Vertragsparteien zur Vermeidung unzumutbarer Härten einzelne Leistungen von der Erhebung des Abschlags ausnehmen. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Abschläge nach Satz 1 oder 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht absenkend berücksichtigt. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren.

(3) Das nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte Erlösbudget und die nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Erlössumme werden für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 und nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden ab dem Jahr 2007 grundsätzlich zu 20 vom Hundert ausgeglichen; Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen. Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert, sonstige Mehrerlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 3 und 4 abweichenden Ausgleich ver-

einbaren. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 vorzulegen. Der nach diesen Vorgaben ermittelte Ausgleichsbetrag wird im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abgerechnet. Steht bei der Budgetverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen.

(4) Auf Verlangen des Krankenhauses werden Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet.

(5) Die Vertragsparteien nach § 11 sind an das Erlösbudget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Erlösbudgets zu Grunde gelegten Annahmen das Erlösbudget für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Erlösbudget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Erlösbudget ist im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abzurechnen.

(6) Solange die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung dem Grunde nach einen Abschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart, diesen jedoch in der Höhe nicht festgelegt haben, oder solange ein Zu- oder Abschlag durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht festgelegt wurde, ist ein Betrag in Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall abzuziehen.

(7) Werden von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems bisher ausgenommene besondere Einrichtungen nach § 6 Abs. 1 im Vereinbarungszeitraum in das Erlösbudget einbezogen, wird die Differenz zwischen dem Anteil dieser Leistungen an der zuletzt vereinbarten Erlössumme nach § 6 Abs. 3 und dem neuen im Rahmen des Erlösbudgets vereinbarten Vergütungsanteil in einem Zeitraum von drei Jahren schrittweise abgebaut. War der bisher nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Vergütungsanteil höher, wird das Erlösbudget nach Absatz 2 im ersten Jahr um zwei Drittel und im zweiten Jahr um ein Drittel der für das jeweilige Jahr ermittelten Differenz erhöht; war der bisher vereinbarte Vergütungsanteil niedriger, wird das Erlösbudget nach Absatz 2 entsprechend vermindert. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert bewertet und in entsprechender Höhe in Rechnung gestellt. Die sich hierdurch ergebende Unter- oder Überdeckung des vereinbarten Erlösbudgets wird durch einen Zu- oder Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Unter- oder Überdeckungsbetrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Ausgleichs für Vorjahre und für einen verspäteten Beginn der Laufzeit nach § 15 sind über die Zuschläge nach § 5 Abs. 4 zu verrechnen.

(8) Für das Jahr 2009 vereinbaren die Vertragsparteien den Zuschlag für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nach § 4 Abs. 13 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung dieses Gesetzes.

(9) Für das Jahr 2009 wird bei Krankenhäusern, bei denen der nach Maßgabe der folgenden Sätze veränderte Ausgangswert für das Jahr 2009 mehr als 3 Prozent über dem Erlösbudget nach Absatz 2 liegt, das Erlösbudget abweichend von Absatz 2 wie folgt ermittelt: Der veränderte Ausgangswert ist nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 Satz 2, Abs. 4 in Verbindung mit Anlage 1, Abschnitt B2 lfd. Nr. 1 bis 15 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu berechnen; dabei ist Absatz 4 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung mit der Maßgabe anzuwenden, dass zusätzliche oder wegfallende Leistungen zu 100 Prozent zu berücksichtigen sind. Der veränderte Ausgangswert wird um 3 Prozent abgesenkt und in dieser Höhe als Erlösbudget vereinbart. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert bewertet und in entsprechender Höhe in Rechnung gestellt. Die sich hierdurch ergebende Unterdeckung des vereinbarten Erlösbudgets wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Unterdeckungsbetrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Ausgleichs für Vorjahre und für einen verspäteten Beginn der Laufzeit nach § 15 sind über die Zuschläge nach § 5 Abs. 4 zu verrechnen. Ab dem Jahr 2010 wird das Erlösbudget auch dieser Krankenhäuser nach Absatz 2 ermittelt.

(10) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90 Prozent finanziell gefördert. Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Bis zu 5 Prozent des nach den Sätzen 2 bis 5 vereinbarten Betrags kann das Krankenhaus zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 5 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen und Arbeitsorganisationsmaß-

nahmen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Um eine kurzfristige Umsetzung dieser finanziellen Förderung im Jahr 2009 sicherzustellen, kann das Krankenhaus den Zuschlag bereits vor der Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien vorläufig festsetzen und in Rechnung stellen; weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch eine entsprechende Korrektur des für den restlichen oder den folgenden Vereinbarungszeitraum vereinbarten Zuschlags oder bei Fehlen eines solchen Zuschlags durch Verrechnung mit dem Zuschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 vollständig auszugleichen. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung am 30. Juni 2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich beschäftigt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach Satz 12 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zu übermitteln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.

(11) (jetzt Abs. 5)

(12) (weggefallen)

(13) (weggefallen)

(14) (weggefallen)

§ 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

Zur Sicherstellung der Versorgung mit Leistungen die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar und zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig sind, können Sicherstellungszuschläge vereinbarte werden. Gleiches gibt für Zentren und Schwerpunkte, sofern sie den Kriterien und Anforderungen der bundesweiten Regelungen entsprechen.

(1) Die nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 vereinbarten Regelungen für bundeseinheitliche Zu- und Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind für die Vertragsparteien nach § 11 verbindlich. Auf Antrag einer Vertragspartei ist zu prüfen, ob bei dem Krankenhaus die Voraussetzungen für einen Zu- oder Abschlag vorliegen. Wurde für einen Tatbestand ein bundeseinheitlicher Zu- oder Abschlagsbetrag festgelegt, der für die Zwecke der Berechnung gegenüber den Patienten oder den Kostenträgern auf eine krankenhausesindividuelle Bezugsgröße, beispielsweise die Fallzahl oder eine Erlössumme, umgerechnet werden muss, so vereinbaren die Vertragsparteien gemäß den bundeseinheitlichen Vereinbarungen den sich daraus ergebenden krankenhausesindividuellen Abrechnungsbetrag oder -prozentsatz.

(2) Für die Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar und zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Anwendung der Maßstäbe und Einhaltung der Vorgaben nach § 17b Abs. 1 Satz 6 bis 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Sicherstellungszuschläge. Sie haben dabei zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Höhe des Zuschlags.

(3) Soweit für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht vorliegen, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 die Zu- und Abschläge auf der Grundlage der Vorgaben dieses Gesetzes.

(4) Die Erlösausgleiche nach § 4 Abs. 3 und § 15 Abs. 3 sowie ein Unterschiedsbetrag nach § 4 Abs. 5 werden über einen gemeinsamen Zu- und Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a verrechnet und unter der Bezeichnung „Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche“ gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zu- oder Abschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des zu verrechnenden Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach § 4 Abs. 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist; wird die Vereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen, ist ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren. Würden die voll- und teilstationären Entgelte durch einen Zuschlag nach Satz 1 insgesamt um mehr als 15 Prozent erhöht, sind übersteigende Beträge in nachfolgenden Vereinbarungszeiträumen mit Hilfe des Zu- oder Abschlags nach Satz 1 bis jeweils zu dieser Grenze zu verrechnen; für das Jahr 2009 gilt abweichend eine Grenze von 30 Prozent. In seltenen Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 einen höheren Zuschlag vereinbaren, wenn dies erforderlich ist, um eine ansonsten hierdurch entstehende wirtschaftliche Gefährdung des Krankenhauses abzuwenden. Weicht die Summe der für das Kalenderjahr tatsächlich abgerechneten Zu- oder Abschlagsbeträge von dem zu verrechnenden Betrag nach Satz 2 ab, werden die

Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen, indem sie über die Gesamtsumme und den Zu- oder Abschlag für das nächstmögliche Kalenderjahr verrechnet werden; dabei sind die Verrechnungen in die Grenze nach Satz 3 einzubeziehen.

(5) Kann ein Zu- oder Abschlag nach Absatz 4 wegen der Schließung des Krankenhauses nicht oder nicht im notwendigen Umfang abgerechnet werden, wird der auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallende Anteil des noch auszugleichenden Betrags den gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte im Vorjahr im Krankenhaus voll- und teilstationär behandelt wurden, gesondert in Rechnung gestellt oder an diese zurückgezahlt. Auf die einzelne Krankenkasse entfällt davon der Teilbetrag, der ihrem entsprechenden Anteil an der Summe der Entgelte im Vorjahr entspricht. Die Vertragsparteien nach § 11 können eine abweichende Vereinbarung schließen.

(6) Bei Patienten, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2009 entlassen werden, ist ein Zu- oder Abschlag wegen Verlängerung der Konvergenzphase nach Maßgabe der folgenden Sätze in Rechnung zu stellen. Der Unterschiedsbetrag zwischen dem krankenhausindividuellen Basisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleiche und dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleiche und ohne Kappung wird ermittelt und in Höhe von 50 Prozent mit der effektiven Bewertungsrelation der Fallpauschale multipliziert. Der Zu- oder Abschlag ist auch ohne Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien in Rechnung zu stellen. Weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch Verrechnung mit dem Zu- oder Abschlag nach Absatz 4 Satz 1 vollständig auszugleichen.

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

Rechtsgrundlage für Leistungen für die eine DRG-Vergütung über Fallpauschalen und Zusatzentgelte nicht sachgerecht ist und daher als krankenhausindividuelle Leistungen mit den Kostenträgern zu vereinbaren sind, ist der § 6 KHEntgG. Hierin enthalten sind ferner die Verfahrensregelungen zur Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der Innovationsfinanzierung. Grundlage für die Finanzierung besonderer Einrichtungen ist ebenfalls diese Rechtsnorm.

(1) Für Leistungen, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können, und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte, sofern die Leistungen oder besonderen Einrichtungen nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 oder in einer Verordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten.

(2) Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, sollen die Vertragsparteien nach

§ 11 erstmals für das Kalenderjahr 2005 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 Abs. 2 und der Erlössumme nach Absatz 3 vereinbaren. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten. Vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung hat das Krankenhaus bis spätestens zum 31. Oktober von den Vertragsparteien nach § 9 eine Information einzuholen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Die Vertragsparteien nach § 11 haben die Information bei ihrer Vereinbarung zu berücksichtigen. Liegt bei fristgerecht erfolgter Anfrage nach Satz 3 bis zur Budgetvereinbarung für das Krankenhaus eine Information nicht vor, kann die Vereinbarung ohne diese Information geschlossen werden; dies gilt nicht, wenn die Budgetvereinbarung vor dem 1. Januar geschlossen wird. Die Entgelte sollen möglichst frühzeitig, auch unabhängig von der Vereinbarung des Erlösbudgets, nach § 4 vereinbart werden. Wird ein Entgelt vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Beschreibung der Methode zu übermitteln. Die Vertragsparteien nach § 9 können eine Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassen; § 137c Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Für das Schiedsstellenverfahren nach § 13 kann eine Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeholt werden.

(2a) In eng begrenzten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, im Rahmen der Erlössumme nach Absatz 3 ein gesondertes Zusatzentgelt vereinbaren, wenn

1. diese Leistungen auf Grund einer Spezialisierung nur von sehr wenigen Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland mit überregionalem Einzugsgebiet erbracht werden,
2. auf Grund der Komplexität der Behandlung die Behandlungskosten die Höhe der DRG-Vergütung einschließlich der Zusatzentgelte um mindestens 50 vom Hundert überschreiten und
3. das Krankenhaus sich an den Maßnahmen nach § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligt.

Nach Vereinbarung des Zusatzentgelts melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9. Dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Begründung zu den Voraussetzungen nach Satz 1 zu übermitteln.

(3) Werden krankenhausesindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a vereinbart, ist für diese Entgelte eine Erlössumme zu bilden. Sie umfasst nicht die Entgelte nach Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern. Für die Vereinbarung der Entgelte und der Erlössumme

sind Kalkulationsunterlagen nach Absatz 1 Satz 2 vorzulegen. Für besondere Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weitgehend über krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Entgelte abgerechnet werden, gelten darüber hinaus die Vorschriften zur Vereinbarung des Gesamtbetrags nach § 6 und zu den vorzulegenden Unterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegegesetzverordnung entsprechend; die Unterlagen sind nur bezogen auf den Bereich der Einrichtung und nur insoweit vorzulegen, wie die anderen Vertragsparteien nach § 11 nicht darauf verzichten. Weichen die tatsächlich eintretenden Erlöse von der vereinbarten Erlössumme ab, sind die Mehr- oder Mindererlöse nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 zu ermitteln und auszugleichen.

(4) (weggefallen)

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene mit Wirkung für die Krankenhäuser jährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert (Landesbasisfallwert) für das folgende Kalenderjahr. Bei der Vereinbarung sind insbesondere der Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann, voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen, Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, Leistungsveränderungen (Fallzahl und Schweregrade), die Ausgabenentwicklung insgesamt soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 i. V. m. Abs. 2 SGB V überschreiten und absenkend die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind zu berücksichtigen.

Darüber hinaus ist wesentlicher Bestandteil des § 10 die Vorgehensweise zur Anpassung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte an einen Bundesbasisfallwert-Korridor sowie der einzelnen Schritte hierzu.

(1) Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vereinbaren die in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert (Landesbasisfallwert) für das folgende Kalenderjahr. Dabei gehen sie von den Vereinbarungswerten der Krankenhäuser im Land für das laufende Kalenderjahr nach Anlage 1 Abschnitt B2 aus, insbesondere von der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Erlössumme für Fallpauschalen (B2 laufende Nummer 3), und schätzen auf dieser Grundlage die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr; soweit Werte für einzelne Krankenhäuser noch nicht vorliegen, sind diese zu schätzen; als Grundlage für die Vereinbarung für das Jahr 2009 ist die Summe der effektiven Bewertungsrelationen 2008 mit dem Landesbasisfallwert 2008 zu bewerten. Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen des Basisfallwerts bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Verhandlung über eine Berichtigung aufgenommen wird. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des verein-

barten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Die Berichtigung nach den Sätzen 3 bis 5 ist nur durchzuführen, soweit im Rahmen der Vorgaben zur Beitragsatzstabilität bei der zu ändernden Vereinbarung des Vorjahres auch ohne eine Fehlschätzung eine Berücksichtigung des Betrags der Basisberichtigung zulässig gewesen wäre.

(2) (weggefallen)

(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. der von den Vertragsparteien nach § 9 Abs. 1 Satz 2 vorgegebene Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann,
2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,
4. Leistungsveränderungen (Fallzahl und Schweregrade), soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind, in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen,
5. die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten; dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungskosten nicht einbezogen,
6. absenkend die Summe der sonstigen Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind.
7. (weggefallen)

Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend berücksichtigt werden. Soweit infolge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen. Für die Anwendung von Satz 1 Nummer 5 ist für das Jahr 2011 die um 0,25 Prozentpunkte und für das Jahr 2012 die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate maßgeblich.

(4) Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Veränderung des Basisfallwerts nicht überschreiten; die Veränderungsrate wird nach Maßgabe des Absatzes 6 künftig durch einen Veränderungswert ersetzt. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisfallwerts infolge der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Absatz 1 durchzuführen ist. Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt. Für die Ver-

handlung des Basisfallwerts für die Jahre 2011 und 2012 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Obergrenze für die Veränderung des Basisfallwerts für 2011 auf die um 0,25 Prozentpunkte und für 2012 auf die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate begrenzt ist.

(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Jahr 2009 sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über die Obergrenze nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; diese Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden nach Maßgabe des Satzes 5 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 und der Tarifraten, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der für die Jahre 2008 und 2009 jeweils tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifraten nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate. Der Basisfallwert 2009 ohne Abzug nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 ist von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrate zu erhöhen. Ist ein Basisfallwert 2009 bereits vereinbart oder festgesetzt, ist dieser während des Kalenderjahres 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrate neu zu vereinbaren; dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich infolge der verspäteten Erhöhung durchzuführen.

(6) Mit dem Ziel, die in Absatz 4 vorgegebene Begrenzung des Basisfallwerts durch die Veränderungsrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzulösen, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit einen Auftrag an das Statistische Bundesamt zur Ermittlung eines Orientierungswertes für Krankenhäuser, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt. Die Systematik für die Ermittlung des Wertes ist bis zum 31. Dezember 2009 zu entwickeln; die Länder sind einzubeziehen. Der Wert soll erstmals zum 30. Juni 2010 ermittelt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt nach Anhörung der Länder durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Jahr, in dem die Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 abgelöst wird, sowie den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswertes (Veränderungswert), der maßgeblich für die Begrenzung nach Absatz 4 Satz 1 ist.

(7) Soweit in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Höhe der Vergütung nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) unter der im übrigen Bundesgebiet geltenden Höhe liegt, ist dies bei der Vereinbarung des Basisfallwerts zu beachten. Die Veränderungsrate nach Absatz 4 darf überschritten werden, soweit eine Angleichung dieser Vergütung an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe dies erforderlich macht.

(8) Zur schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder wird ein einheitlicher Basisfallwertkorridor in Höhe von +2,5 Prozent bis -1,25 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 eingeführt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in fünf gleichen Schritten in Richtung auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen. Der für die An-

gleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert ohne Ausgleiche

1. von dem oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert höher ist, oder

2. von dem unteren Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert niedriger ist,

und von diesem Zwischenergebnis

a) 20 Prozent im Jahr 2010,

b) 25 Prozent im Jahr 2011,

c) 33 Prozent im Jahr 2012,

d) 50 Prozent im Jahr 2013,

e) 100 Prozent im Jahr 2014

errechnet werden. Für die Jahre 2010 und 2012 ist vor der Ermittlung des Angleichungsbetrags nach Satz 3 der Grenzwert nach Satz 3 Nr. 1 oder Nr. 2 um den Betrag zu erhöhen, der nach Maßgabe des Absatzes 11 Satz 2 oder des Absatzes 12 beim Landesbasisfallwert zusätzlich berücksichtigt worden ist. Abweichend von Satz 3 wird in Ländern, in denen der verhandelte Basisfallwert über dem oberen Grenzwert liegt, der jährliche Angleichungsbetrag auf höchstens 0,3 Prozent des Basisfallwerts, der für das laufende Kalenderjahr gilt, begrenzt und der Angleichungszeitraum verlängert, bis der obere Grenzwert erreicht ist. Zur Ermittlung des Basisfallwerts werden für das jeweilige Kalenderjahr der verhandelte Basisfallwert und der entsprechende Angleichungsbetrag nach Satz 3 unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Das Rechenergebnis ist von den Vertragsparteien auf Landesebene als Basisfallwert, der der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen ist, zu vereinbaren. Nach der vollständigen Angleichung nach Satz 3 sind Verhandlungsergebnisse, die außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 liegen, jährlich in vollem Umfang an den jeweiligen Grenzwert dieser Bandbreite anzugleichen. Die Vertragsparteien ermitteln die nach Absatz 9 Satz 3 zu meldenden Daten.

(9) Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen ihr DRG-Institut, einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Maßgabe der folgenden Sätze auf der Grundlage der in den Ländern jeweils geltenden, abzurechnenden Basisfallwerte zu berechnen. Dabei werden die einzelnen Basisfallwerte einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die bei ihrer Vereinbarung zu Grunde gelegt wurden, gewichtet. Für die Berechnung meldet die an der Vereinbarung des Basisfallwerts beteiligte Landeskrankenhausesgesellschaft bis zum 31. Juli jedes Jahres den für das laufende Jahr vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche, das bei seiner Vereinbarung zu Grunde gelegte Ausgabenvolumen und die Summe der effektiven Bewertungsrelationen an das DRG-Institut. Sind diese Werte für ein Land bis zu diesem Termin nicht vereinbart und übermittelt, berechnet das DRG-Institut den einheitlichen Basisfallwert mit den Vorjahreswerten für dieses Land. Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist Grundlage für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors durch die Vertragsparteien auf

Bundesebene bis zum 30. September jeden Jahres; das Berechnungsergebnis ist um die für das folgende Kalenderjahr maßgebliche Veränderungsrate oder den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 zu erhöhen. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(10) Die Vereinbarung des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 6 ist bis zum 31. Oktober jeden Jahres zu schließen. Die Vertragsparteien auf Landesebene nehmen die Verhandlungen unverzüglich auf, nachdem eine Partei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Parteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 13 den Basisfallwert auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest.

(11) In den ab dem 1. Januar 2009 geltenden Basisfallwert sind Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 14 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. In den ab dem 1. Januar 2010 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 8 insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.

(12) In den ab dem 1. Januar 2012 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung von Pflegepersonal in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2011 nach § 4 Abs. 10 abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.

(13) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt bis zum 30. Juni 2011 eine wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder in Auftrag.

7 QUELLENVERZEICHNIS

- Blum, K., Löffert., S., Ärztemangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen - Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Deutsches Krankenhaus Institut, Düsseldorf 2010a, S. 29
- Blum, K., Löffert., S., Ärztemangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen - Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Deutsches Krankenhaus Institut, Düsseldorf 2010b, S. 35
- Braun, T., Rau, F., Tuschen, K. H., Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz, in Klauber, J. (Hrsg.), Roba B.-P. (Hrsg.), Schnellschmist, H. (Hrsg.), Krankenhausrepote 2007, Krankenhausvergütung - Ende der Konvergenzphase, Schattauer Stuttgart 2007, S. 3 ff.
- Bryrle, B., MDK-Prüfungen - Wege aus dem Dilemma, Vortrag des DGfM Herbstsymposiums 2010, TKK, 2010a, Folie 11; im Internet unter: http://webarchiv.medizincontroller.de/info/2010_Beyrle.pdf [Stand 05.09.2011]
- Bryrle, B., MDK-Prüfungen - Wege aus dem Dilemma, Vortrag des DGfM Herbstsymposiums 2010, TKK, 2010b, Folie 7 und Folie 11; im Internet unter: http://webarchiv.medizincontroller.de/info/2010_Beyrle.pdf [Stand 05.09.2011]
- Bryrle, B., MDK-Prüfungen - Wege aus dem Dilemma, Vortrag des DGfM Herbstsymposiums 2010, TKK, 2010c, Folie 11; im Internet unter: http://webarchiv.medizincontroller.de/info/2010_Beyrle.pdf [Stand 05.09.2011]
- Bryrle, B., MDK-Prüfungen - Wege aus dem Dilemma, Vortrag des DGfM Herbstsymposiums 2010, TKK, 2010d, Folie 11; im Internet unter: http://webarchiv.medizincontroller.de/info/2010_Beyrle.pdf [Stand 05.09.2011]
- Bryrle, B., MDK-Prüfungen - Wege aus dem Dilemma, Vortrag des DGfM Herbstsymposiums 2010, TKK, 2010e, Folie 9; im Internet unter: http://webarchiv.medizincontroller.de/info/2010_Beyrle.pdf [Stand 05.09.2011]
- DAK-Ermittlungsreport 2008/2009; Fehlverhaltensbekämpfung - Abrechnungsmanipulation im Leistungsbereich, S. 5
- Euler, H.-U., Warum brauchen wir SEG 4-Kodierempfehlungen? Unser Gesundheitssystem im Wandel, Jahrestagung der Sozialmedizinischen Expertengruppen der MDK-Gemeinschaft SEG 3 und SEG 4, Folienvortrag MDK Hessen Freiburg 2008a, Folie 5; im Internet unter: <http://www.mdk-rlp.de/download/08-Euler.pdf> [Stand 05.09.2011]
- Euler, H.-U., Warum brauchen wir SEG 4-Kodierempfehlungen? Unser Gesundheitssystem im Wandel, Jahrestagung der Sozialmedizinischen Expertengruppen der MDK-Gemeinschaft SEG 3 und SEG 4, Folienvortrag MDK Hessen, Freiburg 2008b, Folie 10; im Internet unter: <http://www.mdk-rlp.de/download/08-Euler.pdf> [Stand 05.09.2011]
- Hasenbein, S., Was ist dran am Vorwurf der Falschabrechnung in Krankenhäusern? Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V., München 2001a, S. 2
- Hasenbein, S., Was ist dran am Vorwurf der Falschabrechnung in Krankenhäusern? Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V., München 2001b, S. 3
- Hasenbein, S., Was ist dran am Vorwurf der Falschabrechnung in Krankenhäusern? Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V., München 2001c, S. 3
- Hasenbein, S., Was ist dran am Vorwurf der Falschabrechnung in Krankenhäusern? Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V., München 2001d, S. 3
- Haubrock, M. (Hrsg.), Schär, W. (Hrsg.), Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2002, S. 336f.
- Höggemann, B., Due Diligence Prüfung und Unternehmensbewertung von Akutkrankenhäusern, 1. Auflage, WILKOM GmbH, Wegscheid 2006, S. 53
- Höggemann, B., Due Diligence Prüfung und Unternehmensbewertung von Akutkrankenhäusern, 1. Auflage, WILKOM GmbH, Wegscheid 2006, S. 53
- KHG, § 17 Abs. 1; im Internet unter: <http://www.geriatrie->

- drg.de/dkger/laws/fpaendg_khg.html#p17 [Stand 05.09.2011]
KHG, § 2 Satz 1 Nr. 4; im Internet unter: http://www.geriatrie-drg.de/dkger/laws/fpaendg_khg.html#p2 [Stand 05.09.2011]
- KHG, § 4; im Internet unter: http://www.gesetze-im-internet.de/khg/_4.html [Stand 05.09.2011]
- o. V., Aufgaben und Leistungen der Medizinischen Dienste, Medizinische Dienste der Krankenkassen, Essen 2011, im Internet unter: <http://www.mdk-net.de/317.htm> [Stand 05.09.2011]
- o.V. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie Schädel-Hirn-Trauma (SHT), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Düsseldorf 2002, S. 2; im Internet unter: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/006-121.pdf
- o.V. Urteile des Bundessozialgerichts zum "off label" Einsatz von Medikamenten, Deutsches Referenzzentrum für Ethik in der Biowissenschaft, Bonn 2010; im Internet unter: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/medizinische-forschung-mit-minderjaehrigen/module/urteile-des-bundessozialgerichts-zum-off-label-einsatz-von-medikamenten> [Stand 05.09.2011]
- o.V., Bundestagsdrucksache 14/1245, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Deutscher Bundestag, Berlin 1999, S.111 f.; im Internet unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/012/1401245.pdf> [Stand 05.09.2011]
- o.V., Bundestagsdrucksache 17/5350, Bemerkungen des Bundesrechnungshofes 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes - Weitere Prüfungsergebnisse, Deutscher Bundestag, Berlin 2011, S. 25; im Internet unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/053/1705350.pdf> [Stand 05.09.2011]
- o.V., Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2011, InEK gmbH, Siegburg 2010a, S. 4; im Internet unter: http://www.dkgev.de/media/file/8223.Deutsche_Kodierrichtlinien_Version_2011_Endversion_A4_im_PDF-5.0-Format_100924.pdf [Stand 05.09.2011]
- o.V., Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2011, InEK gmbH, Siegburg 2010b, S. 10; im Internet unter: http://www.dkgev.de/media/file/8223.Deutsche_Kodierrichtlinien_Version_2011_Endversion_A4_im_PDF-5.0-Format_100924.pdf [Stand 05.09.2011]
- o.V., Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2011, InEK gmbH, Siegburg 2010b, S. 10; im Internet unter: http://www.dkgev.de/media/file/8223.Deutsche_Kodierrichtlinien_Version_2011_Endversion_A4_im_PDF-5.0-Format_100924.pdf [Stand 05.09.2011]
- o.V., Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2011, InEK gmbH, Siegburg 2010d, S. VI; im Internet unter: http://www.dkgev.de/media/file/8223.Deutsche_Kodierrichtlinien_Version_2011_Endversion_A4_im_PDF-5.0-Format_100924.pdf [Stand 05.09.2011]
- o.V., Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2011, InEK gmbH, Siegburg 2010e, S. 99; im Internet unter: http://www.dkgev.de/media/file/8223.Deutsche_Kodierrichtlinien_Version_2011_Endversion_A4_im_PDF-5.0-Format_100924.pdf [Stand 05.09.2011]
- o.V., Die Medizinischen Dienste in Zahlen, Essen (o.J.c); im Internet unter: <http://www.mdk.de/314.htm> [Stand 05.09.2011]
- o.V., Ergebnisübersicht - Frühjahrsumfrage 2010 - MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2009, Ergebnisübersicht - Frühjahrsumfrage 2011 - MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2010, medinfoweb.de, 2010
- o.V., Kodierempfehlung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen, Thrombozytenkonzentrate, gepoolte, 2011, im Internet unter: <http://drq.mds-ev.net/detail.php?recordnr=173> [Stand 05.09.2011]

o.V., MDK-Informationspapier: Abrechnungsprüfungen der MDK in Krankenhäusern sind angemessen, wirtschaftlich und zielführend, Zahlen und Fakten der MDK-Gemeinschaft, o.J.a S. 4; im Internet unter: <http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDK-Informationspapier-KH-Abrechnungspruefung.pdf> [Stand 05.09.2011]

o.V., MDK-Informationspapier: Abrechnungsprüfungen der MDK in Krankenhäusern sind angemessen, wirtschaftlich und zielführend, Zahlen und Fakten der MDK-Gemeinschaft, o.J.b S. 4; im Internet unter: <http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDK-Informationspapier-KH-Abrechnungspruefung.pdf> [Stand 05.09.2011]

o.V., Urteil des Bundessozialgerichts vom 22. Juni 2010, Kassel 2010; im Internet unter: (BSG, B 1 KR 1 / 10 R) <http://lexetius.com/2010,2730> [Stand 05.09.2011]

o.V., Verfahrensbeschreibung , InEK, Siegburg 2010; im Internet unter: <http://www.g-drg.de/cms/Anfrageverfahren/Verfahrensbeschreibung> [Stand 05.09.2011]

o.V., Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und anderer stations- ersetzender Eingriffe im Krankenhaus (AOP Vertrag), § 3 Abs. 3, GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2009

o.V., Was ist der FoKA, Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., Heidelberg 2011; im Internet unter: foka.medizincontroller.de/index.php/Der_FoKA [Stand 05.09.2011]

Pick, P., Busly, A., MDK-Prüfung im Krankenhaus, Vortrag Deutscher Krankenhaustag 2009, Medizinischer Dienst des Spritzenverbandes Bund e.V. , Essen 2009, Folie 3; im Internet unter: http://www.deutscher-krankenhaustag.de/de/vortraege/pdf/09_Pick.pdf [Stand 05.09.2011]

Roeder, N., Fiori, W., Bunzemeier, H., DRG-Katalogeffekte, Bewertung von Katalogeffekten und Beschreibung ihrer Einflussfaktoren im G-DRG-System, Expertise im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, DRG-Research-Group Universitätsklinikum Münster Westfälische Wilhelms-Universität, Münster 2010, S. 24; im Internet unter: http://www.zi-berlin.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Expertise_G-DRG-Katalogeffekt.pdf [Stand 05.09.2011]

Roeder, N., Fiori, W., Bunzemeier, H., DRG-Katalogeffekte, Bewertung von Katalogeffekten und Beschreibung ihrer Einflussfaktoren im G-DRG-System, Expertise im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, DRG-Research-Group Universitätsklinikum Münster Westfälische Wilhelms-Universität, Münster 2010, S. 25; im Internet unter: http://www.zi-berlin.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Expertise_G-DRG-Katalogeffekt.pdf [Stand 05.09.2011]

SGB V, § 12; im Internet unter:

http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0501200

SGB V, § 275 Abs. 1c Satz 3; im Internet unter:

http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0530100

SGB V, § 275 Abs. 5; im Internet unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_275.html [Stand 05.09.2011]

SGB V, § 301 Abs. 1; im Internet unter:

http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0530100

Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. März 2002 (B 1 KR 37/00 R), Kassel 2002, S. 4; im Internet unter: <http://www.kkh-allianz.de/fileserver/kkhallianz/files/2391.pdf> [Stand 05.09.2011]

Urteil des Bundessozialgerichts vom 4. April 2006 (B 1 KR 7/05 R), Kassel 2006; im Internet unter: <http://www.urteile-im-internet.de/archives/BSG-B-1-KR-7-05-R.html> [Stand 05.09.2011]