

Karl Blum/Matthias Offermanns/Patricia Perner

# MDK-Prüfungen – mehr als nur ein Einzelfall

*Mit der Einführung des DRG-Systems hat die Anzahl verdachtsabhängiger Einzelfallprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) deutlich zugenommen. Ließ sich anfangs die Zunahme des Anfrageverhaltens der Kostenträger noch mit der Einführung des neuen Abrechnungssystems rechtfertigen, stellt sich fast fünf Jahre später die Frage, warum die Prüfintensität eher zu- als abnimmt. Die verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen haben sich zu einem flächendeckenden Screening entwickelt und werden entgegen der gesetzlichen Intention standardmäßig durchgeführt. Die Stichprobenprüfungen nach § 17 c KHG werden hingegen lediglich vereinzelt angewandt, wie die Umfrage 2008 des DKI Krankenhaus Barometers zeigt. Der Beitrag zeigt die Ergebnisse der Befragung durch das DKI auf, die zudem weitere Probleme im Zusammenhang mit den MDK-Prüfungen erkennbar machen.*

Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf der Umfrage 2008 des DKI Krankenhaus Barometers. An der Erhebung beteiligten sich 347 Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten. Die Ergebnisse sind repräsentativ für alle allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland ab 50 Betten, die nach § 108 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind. Die gesamte Studie ist auf der Internetseite [www.dki.de](http://www.dki.de) im Downloadbereich verfügbar.

## Einzelfallprüfungen – kein Einzelfall

Verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen in Krankenhäusern werden vom MDK auf der Grundlage von § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V durchgeführt. Demnach sind die Krankenkassen in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Geprüft werden die Voraussetzungen der stationären Behandlung, die Art und der Umfang der Leistungen sowie deren ordnungsgemäße Abrechnung. Insbesondere seit der Einführung der DRG-Fallpauschalen werden verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen von den Kostenträgern entgegen dem Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Regelung zur flächendeckenden Überprüfung von Krankenhausrechnungen genutzt. Dies belegt der Anteil der Einzelfallprüfungen an den vollstationären Fällen, der im Jahr 2007 bei 11 Prozent lag (das sind rund 2 Mio. Fälle) und sich zur Prüfquote des Jahres 2005 (10 Prozent) nicht wesentlich verändert hat.<sup>1)</sup>

Dass Einzelfallprüfungen vielfach standardmäßig und nicht verdachtsabhängig von den Kostenträgern durchgeführt werden, untermauern auch die Angaben der Krankenhäuser zu den Prüfergebnissen: In der Mehrzahl der Einzelfallprüfungen (56,6 Prozent) blieb der Rechnungsbetrag unverändert und

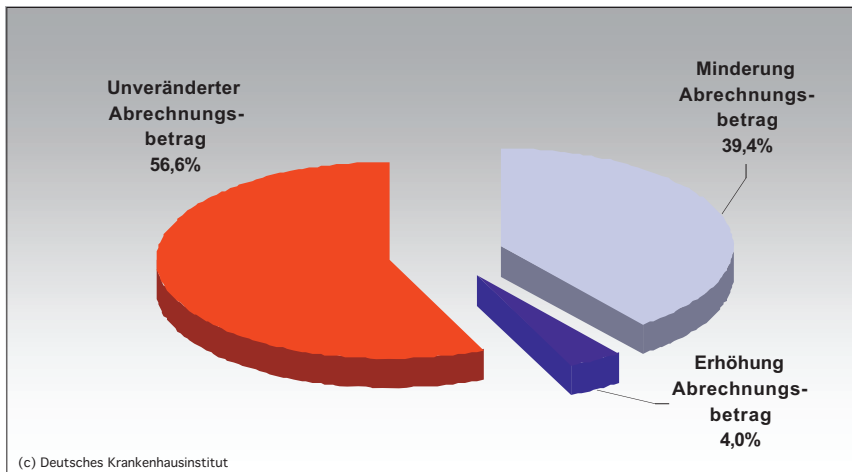
in 3,9 Prozent kam es zu einer Erhöhung (► **Abbildung 1**). Lediglich bei 39,4 Prozent der Einzelfallprüfungen ließ sich der Verdacht erhärten, sodass es zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages kam.<sup>2)</sup> Es ist dabei ausdrücklich zu betonen, dass sich diese Anteile auf die vorgeprüften (und damit auf die aus Sicht der Kostenträger „verdächtigen“) Fälle und nicht auf die Gesamtfälle des Krankenhauses beziehen. Bei der überwiegenden Anzahl der Fälle, die unter dem Verdacht der Falschabrechnung stehen, konnte somit keine Fehlbelegung oder fehlerhafte Abrechnung zuungunsten der Kostenträger festgestellt werden.

Vor dem Hintergrund dieser Daten zu den Prüfergebnissen ist verständlich, dass 70 Prozent der Krankenhäuser problematisieren, dass die Prüfungen nicht mehr den Charakter von Einzelfallprüfungen aufweisen, da diese bei manchen Diagnosen oder Prozeduren standardmäßig durchgeführt werden.

## Vorgehen und Ablauf immer noch problematisch

Auch das Vorgehen und der Ablauf im Rahmen der Einzelfallprüfungen werden seitens der Krankenhäuser sehr kritisch gesehen (► **Abbildung 2**). Knapp die Hälfte der Häuser bemängelt, dass ein konkreter Prüfauftrag der Krankenkasse nicht eindeutig ersichtlich ist. Dabei kann eine zielgerechtere Prüfung erst durch die Mitteilung des konkreten Prüfauftrages ermöglicht werden. Dem Krankenhaus ist nur so eine Beurteilung möglich, ob es sich bei den eingeleiteten Prüfungen tatsächlich um eine verdachtsabhängige Prüfung von Auffälligkeiten nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V handelt. Außerdem kann das Krankenhaus bereits zu diesem frühen Zeitpunkt der Verfahrenseinleitung erst erkennen, welche Daten gegebenenfalls an den MDK zu übermitteln sind bzw. übermittelt werden

Abbildung 1: Ausgang der Einzelfallprüfungen



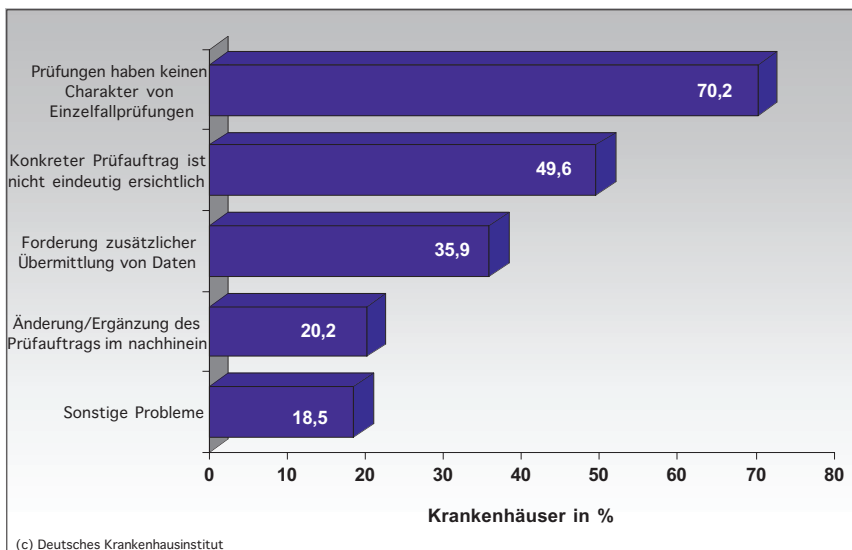
dürften. Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist es unzulässig, zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages nicht erforderliche Daten zu übermitteln.

Über ein Drittel der Kliniken problematisiert, dass eine über den Prüfauftrag hinausgehende Übermittlung von Daten gefordert wird. Der Umfang der für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts erforderlichen Beweiserhebung nach Erteilung des Prüfauftrags darf ausschließlich durch den MDK bestimmt werden. Erhoben werden dürfen Daten nur dann, wenn dies zur sachgerechten Erledigung des Gutachtauftrags erforderlich ist (Grundsatz der Erforderlichkeit nach § 276 Absatz 2 SGB V). Es sind vom Krankenhaus nur diejenigen Unterlagen zu übermitteln, die Auskunft zu dem konkret formulierten Prüfauftrag geben können. Der MDK besitzt keine Berechtigung, Unterlagen pauschal anzufordern. So werden zum Beispiel durch die vielfach berichtete Anforderung von ärztlichen Entlassungsberichten und Operationsberichten ggf. mehr Daten herausgegeben als für eine Stellungnahme und Prü-

fung erforderlich wären.<sup>3)</sup> Auf der anderen Seite reicht bei manchen Fällen eine Beschränkung des Prüfverfahrens auf die Auswertung des Entlassungsberichtes nicht aus, weil darin in der Regel nur der wesentliche Behandlungsverlauf beschrieben wird. Der Entlassungsbrief ist inhaltlich auf die Zielgruppe der niedergelassenen Ärzte und nicht explizit an den MDK gerichtet, was ggf. zu negativen MDK-Gutachten führt. Eine genaue Bezeichnung der zur Prüfung benötigten Unterlagen ist daher unverzichtbar und sollte vom Krankenhaus eingefordert werden. Von einem Fünftel der Häuser wird zudem beanstandet, dass der Prüfauftrag im Nachhinein abgeändert oder ergänzt wird. Dabei wurde im Krankenhaus Barometer nicht hinterfragt, wer für die Abänderung und/oder Ausweitung zuständig war. Eine eigenständige Ausweitung oder Abänderung des Prüfauftrages durch den MDK ist generell als unzulässig zu bewerten, da die Grundlage für das Tätigwerden des MDK seine Beauftragung durch die gesetzliche Krankenkasse ist. Eine Änderung und Ausweitung des Prüfauftrages durch die Krankenkasse ist zwar statthaft, aber gemäß der Neuregelung des § 275 Absatz 1 c Satz 2 SGB V nur innerhalb von sechs Wochen nach Rechnungseingang möglich.

Im Vorgehen und im Ablauf von MDK-Prüfungen kritisieren die Krankenhäuser vorrangig die Qualität von MDK-Gutachten bzw. MDK-Gutachtern, die zu lange Bearbeitungszeit und den hohen Aufwand der Bearbeitung für die Krankenhäuser. Ein Grund für die mangelnde Qualität von MDK-Gutachten bzw. MDK-Gutachtern ist oftmals, dass die Ärzte des MDK unabhängig von ihrer eigenen Facharztqualifikation Leistungen der unterschiedlichen Fachgebiete prüfen. Um die inhaltliche Qualität der Prüfungen sicherzustellen, fordert beispielsweise die Deutsche Krankenhausgesellschaft seit langem, dass die Prüfarzte des MDK in Bezug auf den konkreten Prüfgegenstand eine dem verantwortlichen Krankenhausarzt vergleichbare fachliche Qualifikation (Facharztstandard) vorweisen.

Abbildung 2: Probleme im Rahmen von Einzelfallprüfungen



Die inhaltliche Qualität der Prüfungen sicherzustellen, fordert beispielsweise die Deutsche Krankenhausgesellschaft seit langem, dass die Prüfarzte des MDK in Bezug auf den konkreten Prüfgegenstand eine dem verantwortlichen Krankenhausarzt vergleichbare fachliche Qualifikation (Facharztstandard) vorweisen.

### Wandlung der Prüfanlässe

Der konkrete Prüfanlass bei einer Einzelfallprüfung (Verdachtsmoment) äußert sich in einer konkreten Fragestellung zum Prüfungsgegenstand. Prüfgegenstände sind insbesondere die primäre und sekundäre Fehlbelegung und die Rechnungsstellung/Ko-dierung.

Bei der primären Fehlbelegung wird geprüft, inwieweit eine vollstationäre Behandlung medizinisch notwendig gewesen ist und ob das Behandlungsziel nicht durch eine andere Behandlungsform hätte erreicht werden können. Dabei ist die vorausschauende („ex ante“) Sichtweise des aufnehmenden Krankenhausarztes zu berücksichtigen. Nicht der tatsächliche Behandlungsverlauf ist für die Beurteilung der Notwendigkeit maßgebend, sondern die Krankheitssituation, wie sie sich zu Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung darstellt.

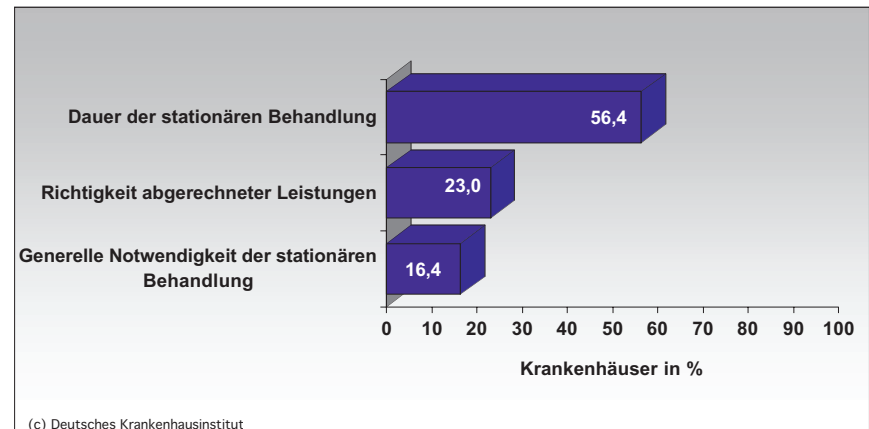
Demgegenüber wird bei der sekundären Fehlbelegung geprüft, inwieweit die Dauer der vollstationären Behandlung medizinisch begründet gewesen ist. Überprüft wird die Notwendigkeit von Behandlungstagen. Im DRG-System gibt es für fast jede Fallpauschale eine untere und eine obere Grenzverweildauer. Sollte eine stationäre Behandlungspflichtigkeit kürzer als die untere Grenzverweildauer vorliegen oder der Entlassungstag auf den im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Zeitpunkt des Eintrittes der unteren Grenzverweildauer fallen, so ist ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Besteht eine stationäre Behandlungspflichtigkeit über den definierten Zeitpunkt der oberen Grenzverweildauer hinaus, so ergibt jeder weitere Behandlungstag ein zusätzliches tagesgleiches Entgelt.

Bei der Überprüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung wird vorrangig auf die korrekte Kodierung, die die Abrechnung einer bestimmten DRG bedingt, sowie die korrekte Anwendung der Abrechnungsbestimmungen geachtet.

Der häufigste Prüfanlass war bei über der Hälfte der Krankenhäuser (56,4 Prozent) die Dauer der stationären Behandlung, gefolgt von der Richtigkeit abgerechneter Leistungen (23 Prozent) und der generellen Notwendigkeit der stationären Behandlung (16,4 Prozent) ► **Abbildung 3**. Damit haben die Prüfanlässe eine deutliche Wandlung gegenüber dem Jahr 2005 erfahren. Seinerzeit wurde von fast der Hälfte der Krankenhäuser (44,6 Prozent) die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen als häufigster Prüfanlass für verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen angegeben, gefolgt von der generellen Notwendigkeit der stationären Behandlung (28,4 Prozent) und der Dauer der stationären Behandlung (22,1 Prozent).<sup>4)</sup>

Damit hat die Überprüfung der sekundären Fehlbelegung deutlich zugenommen. Hier besteht aus Sicht der Kostenträger anscheinend das größte Potenzial, den Abrechnungsbetrag zu mindern. Die Prüfung der primären Fehlbelegung sowie die Überprüfung der Richtigkeit der Rechnungen haben demgegenüber abgenommen. Letzteres kann – auch angesichts der geringen Erfolgsquoten der Prüfungen – als Beleg für die zunehmende Abrechnungsqualität der Krankenhäuser gewertet werden.

**Abbildung 3: Häufigster Prüfanlass für verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen des MDK<sup>5)</sup>**



## Aufwandspauschale – wirkungslos

Das GKV-WSG schreibt zum 1. April 2007 die Zahlung einer Aufwandspauschale von 100 € an das Krankenhaus vor, wenn die MDK-Prüfung nicht zu einem geminderten Abrechnungsbetrag führt. Durch diese Regelung soll laut der amtlichen Begründung zum Gesetzentwurf der ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegengewirkt werden, die sich seit der Einführung des DRG-Systems immer mehr herauskristallisiert hat.

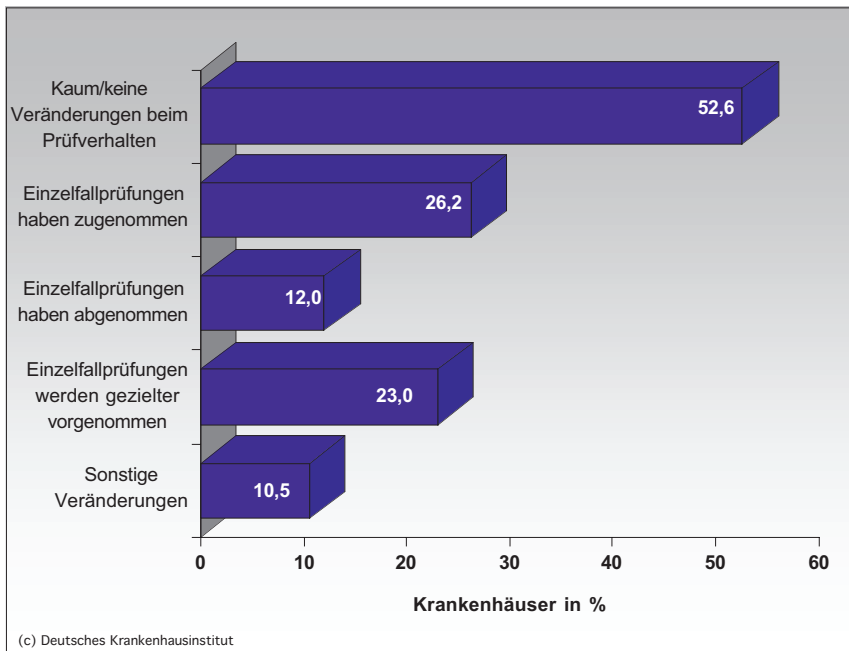
Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser nach den Veränderungen des Prüfverhaltens seit der Einführung der 100-Euro-Regelung befragt. Hier zeigt sich, dass die 100-Euro-Regelung nicht die erhoffte Wirkung erzielt hat. Über die Hälfte der Krankenhäuser gibt an, dass sich seit der Einführung dieser Regelung kaum etwas am Prüfverhalten geändert habe. Bei über einem Viertel der Häuser haben die Einzelfallprüfungen seitdem sogar zugenommen ► **Abbildung 4**. Diese Wirkung ist ggf. auf die Strategie der Krankenkassen zurückzuführen, mehr Fälle zu prüfen, um die Zahlung der Aufwandspauschale wieder auszugleichen. Bei lediglich 12 Prozent der Kliniken haben die Einzelfallprüfungen abgenommen und bei 23 Prozent werden sie gezielter vorgenommen.

Rund 11 Prozent der Krankenhäuser gaben an, dass es zu anderweitigen Veränderungen im Prüfverhalten seit Einführung der 100-Euro-Regelung gekommen ist. Die Nennungen der Häuser bezogen sich insbesondere darauf, dass einige Krankenkassen ohne MDK-Einschaltung die Einzelfälle zu klären versuchten. Diese Vorgehensweise der Kostenträger verstößt jedoch klar gegen die gesetzlichen Vorschriften.

## Prüfdauern und Bearbeitungsaufwand

Einzelfallprüfungen sind nach § 275 Satz 1 zeitnah durchzuführen. Dies gilt für sämtliche Schritte der Einleitung durch die Krankenkassen sowie für die Durchführung der Prüfung durch den MDK. Eine zeitnahe Prüfung wird jedoch in der Realität kaum umgesetzt: So waren zur Zeit der Befragung im

**Abbildung 4: Veränderungen im Prüfverhalten seit Einführung der 100-Euro-Regelung**



algericht im Jahr 2001 unterstrichen und eine zeitnahe Überprüfung für eine anschauliche Beurteilung als erforderlich angesehen.<sup>6)</sup> Durch eine lückenlose Dokumentation kann das Krankenhaus wesentlich dazu beitragen, den Arbeitsaufwand bei Prüfungen zu reduzieren.

Zudem bedarf es auch eines guten Forderungsmanagements der Krankenhäuser, auf die Zahlung der angemahnten Rechnung (deren Betrag in der Mehrzahl nicht zuungunsten des Krankenhauses durch eine Prüfung verändert wird) zu bestehen und einen eventuellen Zahlungsverzug zeitnah gegenüber der Krankenkasse anzumahnen. Rechnungen müssen unabhängig vom Abschluss der MDK-Prüfungen und der Einwendungen gegenüber der Richtigkeit fristgerecht beglichen werden. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus entsteht – unabhängig von der

zweiten Quartal 2008 die Einzelfallprüfungen des Jahres 2007 noch nicht bei allen Krankenhäusern abgeschlossen. Über alle Krankenhäuser ab 50 Betten dauert es von der Prüfmitteilung des MDK bis zur Prüfentscheidung durchschnittlich rund 13 Wochen, also etwa drei Monate. Bei 25 Prozent der Krankenhäuser ist die Einzelfallprüfung spätestens in der sechsten Woche nach Prüfmitteilung des MDK abgeschlossen. Bei einem Viertel der Häuser dauert es hingegen 16 Wochen oder länger. Der Median liegt bei 10 Wochen ► **Abbildung 5**).

Dabei ist zu beachten, dass mit zeitlicher Entfernung des Krankenhausaufenthaltes sich die Beweislage meist zuungunsten des Krankenhauses verschlechtert. Die Erinnerung an den Patienten lässt nach und der Bearbeitungsaufwand einer Anfrage erhöht sich. Diese Gründe hat bereits das Bundessozi-

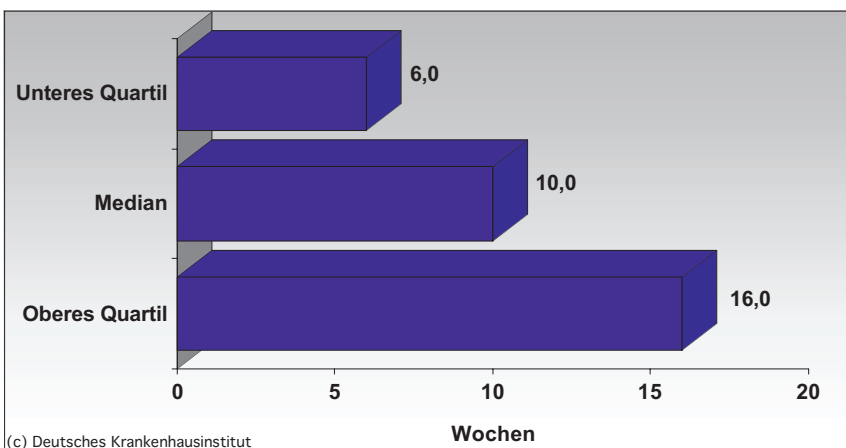
Kostenzusage – unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten.<sup>7)</sup> Den Krankenkassen ist es nicht gestattet, bei beanstandeten Rechnungen lediglich den unbestrittenen Teil der Forderung gleichsam als Vorschusszahlung unter Zurückhaltung des bestrittenen Anteils bis zur abschließenden Klärung zu leisten.<sup>8)</sup> Durch diese Verweigerungshaltungen der Krankenkassen können erhebliche Liquiditätsprobleme für das Krankenhaus erwachsen.

Der durchschnittliche Arbeitsaufwand zur Bearbeitung einer Einzelfallprüfung liegt für den Ärztlichen Dienst bei rund 25 Minuten pro Fall und für den Verwaltungsdienst bei 39 Minuten pro Fall ► **Abbildung 6**). Mit zunehmender Größe des Krankenhauses steigt der Minutenwert pro Fall für den Verwaltungsdienst wie für den Ärztlichen Dienst an.

Dieser Arbeitsaufwand führt bei der nicht unerheblichen Anzahl durchgeführter Einzelfallprüfungen zu einer deutlichen Bindung von Vollkräften. Beispielsweise dürften diesen Angaben zufolge in großen Krankenhäusern kalkulatorisch mindestens eine Vollkraft im Ärztlichen Dienst und fast zwei Vollkräfte im Verwaltungsdienst allein damit beschäftigt sein, die Einzelfallprüfungen zu bearbeiten.

Auch bei den Krankenkassen und bei dem MDK werden durch die zahlreichen und im Endergebnis vielfach verzichtbaren Einzelfallprüfungen hohe Kosten verursacht. Eine Taxierung der Personalbindung und des Aufwands bei den Kostenträgern und dem

**Abbildung 5: Durchschnittliche Dauer von der Prüfmitteilung des MDK bis zur Prüfentscheidung**



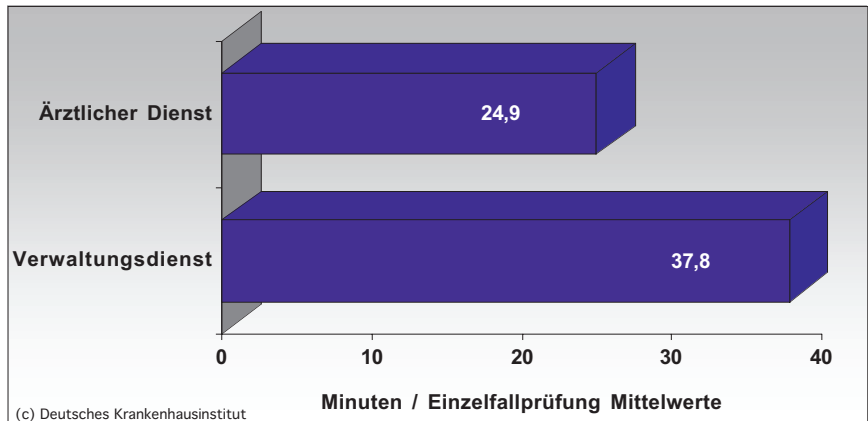
MDK zur Bearbeitung der Einzelfallprüfungen ist schwer möglich. Der Jahresbericht aus dem Jahr 2007 des Bundesversicherungsamts (BVA) geht auf die DRG-Rechnungsprüfungen bei elf ausgesuchten bundesunmittelbaren Kassen im Jahr 2005 ein, um die Effektivität und Effizienz der Abrechnungsprüfung durch die Kassen beurteilen zu können. Die Gesamtpersonalkosten der Kostenträger machen demnach allein einen Anteil von fast 35 Prozent an dem Gesamt-Retaxierungsbetrag (Rückföderungsbetrag) aus, der aus den Prüfungen erzielt wurde. Dabei merkt das Bundesversicherungsamt kritisch an, dass die Verwaltungskosten je Fall stark voneinander abweichen (von 4,18 € bis 43,66 €).<sup>9)</sup> Der Personalaufwand beim MDK dürfte aufgrund der inhaltlichen und organisatorischen Federführung für die Prüfung um einiges höher liegen als bei den Krankenkassen. Damit dürfte der Retaxierungsbetrag nicht ausreichen, um die entsprechenden Prüf- bzw. Personalkosten des MDK und der Krankenkassen zu decken.

Vor dem Hintergrund dieser Personalbindung und -kosten ist noch einmal kritisch anzumerken, dass bei der Masse der Einzelfallprüfungen der Rechnungsbetrag unverändert bleibt und die Prüfquoten trotz gesetzlich vorgeschriebener Verdachtsabhängigkeit sehr hoch sind.

### Stichprobenprüfungen – immer noch eher selten

Mit Einführung des DRG-Systems wurde ein neues Prüfinstrument für die gesetzlichen Krankenkassen, die sogenannte „Stichprobenprüfung“ im Krankenhaus (§ 17 c KHG), implementiert. Danach können die Krankenkassen durch den MDK akute oder abgeschlossene Fälle mittels verdachtsunabhängiger Stichproben prüfen lassen, die sich auf eine größere Anzahl von Fällen beziehen, zum Beispiel auf bestimmte Organisationseinheiten oder Diagnosen, Prozeduren oder Entgelte. Durch diese im Gegensatz zu den Einzelprüfungen wesentlich umfassendere Prüfung soll vermieden werden, dass Einzelfallprüfungen dazu eingesetzt werden, um systematische Mängel bei der Abrechnung durch das Krankenhaus aufzudecken. Die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers zeigen, dass dieses Prüfungsinstrument nach wie vor wenig von den Krankenkassen eingesetzt wird. Im Frühjahr 2006 wurde bei 3 Prozent der Krankenhäuser dieses Prüfungsinstrument von den Krankenkassen angewendet.<sup>10)</sup> Zwei Jahre später gaben nunmehr

Abbildung 6: Arbeitsaufwand zur Bearbeitung einer Einzelfallprüfung

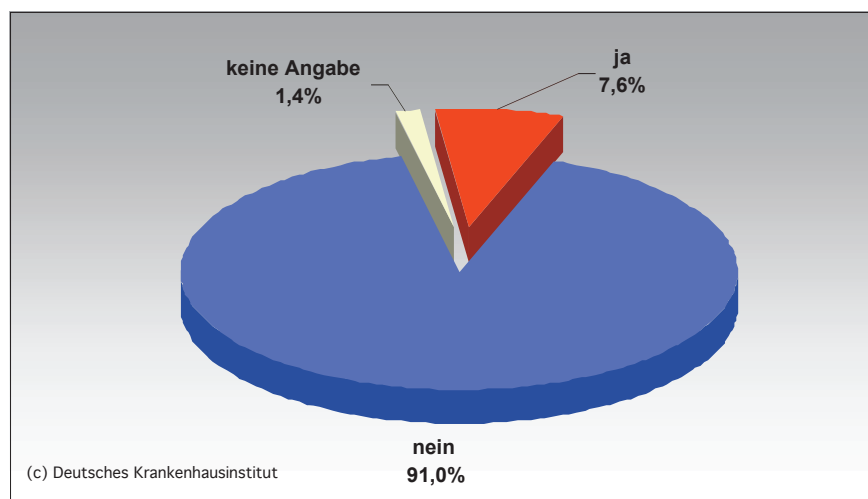


7,6 Prozent der Häuser an, schon einmal in eine Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG einbezogen worden zu sein (Abbildung 7). Nur in Ausnahmefällen wurden bereits mehrere Stichprobenprüfungen durchgeführt. Die Einbeziehung in eine Stichprobenprüfung nimmt mit steigender Bettengröße der Krankenhäuser zu.

Bei den Krankenhäusern, die in eine Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG einbezogen waren und die Angaben zum Umfang machen konnten, wurden vorrangig einzelne Abteilungen begutachtet. Einige Krankenhäuser gaben auch an, dass das gesamte Krankenhaus, einzelne DRGs oder einzelne Prozeduren in die Stichprobe einbezogen wurden. Seltener wurden einzelne Diagnosen oder MDCs mit Hilfe dieses Prüfungsinstrumentariums fokussiert.

Wie im Jahr 2006 bezog sich der Prüfauftrag der Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG vorrangig auf die Überprüfung der Notwendigkeit der stationären Aufnahme (primäre Fehlbelegung). Die sekundäre Fehlbelegung (Notwendigkeit eines jeden weiteren Behandlungstages) und die ordnungsgemäße Abrechnung (Kodierung) wurden häufiger überprüft als die vorzeitige Entlassung oder Verlegung.

Abbildung 7: Einbeziehung in eine Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG



Die Zurückhaltung der Krankenkassen bei den verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfungen wird vom BVA unter anderem darauf zurückgeführt, dass das eigene Wissen anderen Krankenkassen nicht zum Vorteil gereichen soll und somit eine Zusammenarbeit unterbleibt.<sup>11)</sup> Der einfachere Weg scheint es deshalb für die Krankenkassen zu sein, die Rechnungen in immer weiter steigendem Maße im Rahmen der Einzelfallprüfungen zu überprüfen. Die Stichprobenprüfungen laufen somit ins Leere und die Prüfquoten für Einzelfallprüfungen steigen.

## Fazit

Die Krankenkassen sind nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V zur Prüfung der abgerechneten Fälle unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MDK) verpflichtet, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Hierzu stehen ihnen verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen und verdachtsunabhängige Stichprobenprüfungen zur Verfügung. Die Krankenkassen wie auch der MDK haben die gesetzliche Intention dieser Regelungen und die gesetzlichen Bestimmungen zu berücksichtigen. Die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2008 belegen, dass verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen standardmäßig und flächendeckend durchgeführt werden, wohingegen die verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfungen als Instrument zur Abrechnungsprüfung kaum genutzt werden. Gesetzliche Änderungen, wie zum Beispiel die Einführung von Stichprobenprüfungen und die Zahlung einer Aufwandspauschale, konnten die Zunahme von Einzelfallprüfungen nicht stoppen. Die Folgen sind beträchtliche Kosten durch einen hohen und unnötigen bürokratischen Aufwand, erhebliche Belastung der Arbeitsabläufe in den Krankenhäusern durch die Bearbeitung von MDK-Anfragen sowie nicht gerechtfertigte Außenstände und Liquiditätsprobleme. Das Krankenhaus Barometer 2008 deckt auch fünf Jahre nach der Einführung des DRG-Systems noch Unzulänglichkeiten und eine übermäßige Kontrolle auf, die nicht mehr auf die anfängliche Unsicherheit der Kostenträger und Krankenhäuser mit dem neuen Abrechnungssystem zurückzuführen sind.

Die Krankenhäuser können auf dieses Anfrageverhalten der Kostenträger lediglich mit einer qualifizierten internen Überprüfung und Bearbeitung der Einzelfallprüfungen reagieren. Durch eine korrekte und lückenlose Dokumentation lässt sich der Bearbeitungsaufwand von MDK-Prüfungen minimieren. Bei jeder verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung sollte auf eine konkrete Fragestellung bestanden werden. Nur so lassen sich dezidierte Stellungnahmen verfassen. Zudem sollte auf die Fristen und auf den Adressatenkreis geachtet werden. Nicht fristgerecht eingehende Anfragen oder Änderungen sind genauso abzulehnen wie die Übersendung von Unterlagen an die Krankenkasse. Generell sollte auf die fristgerechte Bezahlung der Rechnung geachtet werden, um Liquiditätsproblemen durch eine ungerechtfertigte Zurückhaltung des Rechnungsbetrags durch die Kostenträger vorzubeugen.

## Anmerkungen

- 1) Vergleiche Deutsches Krankenhausinstitut: *Krankenhaus Barometer* 2006, Düsseldorf 2006, Seite 36
- 2) Diese Schätzungen der Krankenhäuser decken sich weitestgehend mit den Zahlen aus anderen Untersuchungen. Die Kostenträgerseite geht beispielsweise von rund 35 Prozent erfolgreich durchgeführten Prüfungen aus (zum Beispiel Juskowiak, M.; Rowohlt, P. [2008]), Die Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V und eine notwendige Ergänzung aus Sicht der Krankenkasse, in: Die Ersatzkasse, 9/2008, Seite 350–353; Thieme, M. (2008), Krankenkassen mit ungebrochener Prüfungslust, in: KU Gesundheitsmanagement, 10/2008, Seite 48–52).
- 3) Rapp, Boris (2005), Dürfen die Krankenkassen und der Medizinische Dienst eigentlich alles?, in: *Arzt und Krankenhaus*, 07/2005, Seite 198
- 4) Vergleiche Deutsches Krankenhausinstitut: *Krankenhaus Barometer* 2006, Düsseldorf 2006, Seite 34
- 5) Fehlende Angaben zu 100 Prozent = keine Angabe
- 6) BSG-Entscheidung vom 31. Dezember 2001, B 3 KR 11/01 R
- 7) BSG-Entscheidung vom 17. Mai 2000, B 3 KR 33/99 R
- 8) BSG-Entscheidung vom 23. Juli 2002, B 3 KR 64/01 R
- 9) Darüber hinaus wird auch die qualifizierte Abrechnungsprüfung in Frage gestellt, da Informationen und Arbeitsanweisungen bei vielen Kassen vom BVA als nicht ausreichend beurteilt wurden. Auch die Zusammenarbeit mit dem MDK weist Verbesserungen auf und führt zu langen Begutachtungslaufzeiten (Vergleiche BVA, Tätigkeitsbericht 2007, Seite 101).
- 10) Vergleiche Deutsches Krankenhausinstitut: *Krankenhaus Barometer* 2006, Düsseldorf 2006, Seite 37
- 11) BVA, Tätigkeitsbericht 2007, Seite 102 f.

## Anschrift der Verfasser

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.,  
Dr. Karl Blum/Dr. Matthias Offermanns/Patricia Perner,  
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf, Telefon: 02 11/4 70 51-0,  
E-Mail: info@dki.de

## Kurz notiert

**Stuttgart.** Arbeits- und Sozialministerin Dr. Monika Stolz weihte am 22. Januar das neue Operationszentrum der Sportklinik Bad Cannstatt ein. Die Umbaumaßnahme, die zur Versorgung von ambulanten und stationären Patienten dient, hat das Land mit 950 000 € gefördert.

**Rostock.** Nach umfassender Sanierung wurde am 13. Januar 2009 die gemeinsame Station der Abteilung für Kinderkardiologie und Kinderintensivmedizin am Universitätsklinikum Rostock eingeweiht. Die neue Station entstand durch die Zusammenlegung von Kinderkardiologie und Kinderintensivmedizin. Sie verfügt über insgesamt 16 Betten: acht intensivmedizinische Beatmungsplätze und acht Beobachtungsplätze. „Die Station ist mit hochmodernen Überwachungs- und Beatmungsapparaten ausgestattet“, so Professor Dr. Peuster, Leiter der Abteilung für Pädiatrische Kardiologie und Intensivmedizin. Zudem werden neueste Behandlungsmethoden etwa der Organersatztherapie angewandt.