

Dr. Wolfgang Fiori/Dr. Holger Bunzemeier/Prof. Dr. Norbert Roeder

Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser?

Medienkampagne der Krankenkassen geht in die falsche Richtung

Seit Anfang des Jahres 2010 werden die Krankenhäuser durch gezielt in den Massenmedien veröffentlichte Artikel und Beiträge mit dem Vorwurf des Abrechnungsbetrugs gegenüber den Krankenkassen konfrontiert. Die nicht selten von nahezu verleumderischer Unsachlichkeit geprägten Behauptungen richten einen enormen Flurschaden an. Ziel dieses Beitrags ist es, häufige Fehldarstellungen richtigzustellen und dafür zu sensibilisieren, dass die undifferenzierte Darstellung in den Massenmedien nicht im Sinne der Solidargemeinschaft, auch nicht der GKV als Ganzes, sein kann.

Im Januar 2010 veröffentlichten die Autoren eine intensive Auseinandersetzung mit den Vorwürfen des Abrechnungsbetrugs sowie den Hintergründen und Fehlanreizen exzessiver Einzelfallprüfungen der Kostenträger.³²⁾ Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler kritisierte im ZDF-Morgenmagazin am 29. Januar 2010 das Ausmaß der derzeitigen MDK-Massenprüfungen.⁴⁾ Seit diesem Tag wurden zahlreiche Artikel publiziert, die sich gegen mögliche Einschränkungen der Einzelfallprüfungen durch den Gesetzgeber richten.^{5), 6), 9)–20), 22)} In diesen Veröffentlichungen wurden wiederholt falsche Zahlen zitiert und die sachlichen Zusammenhänge fehlerhaft dargestellt. Teilweise wird den Krankenhäusern gezielter Betrug im Sinne eines strafrechtlichen Tatbestands unterstellt. Aufgrund der Komplexität der Thematik und der teilweise reißerisch formulierten Vorwürfe sind kurze und wirksame Gegendarstellungen schwierig und tragen wahrscheinlich nicht wirklich zur Aufklärung bei.^{5), 7), 8), 11), 15), 18), 20)} Im Folgenden soll auf die häufigsten Falschaussagen bzw. Fehlinterpretationen ausführlicher eingegangen werden.

Betrugsvorwurf

Während sich einige Kostenträger inzwischen klar vom Betrugsvorwurf distanzieren,^{12), 20)–23)} werfen andere den Krankenhäusern weiterhin gezielten Betrug bei der Abrechnung ihrer Leistungen vor.^{2), 5), 9)–11), 14), 15)} Auch wenn ein betrügerisches Vorgehen in Einzelfällen selbstverständlich nicht ausgeschlossen werden kann, steht es nicht in Zusammenhang mit den derzeitigen Prüf- oder Erfolgsquoten der Kostenträger bei den Einzelfallprüfungen.^{29), 31), 32)} Dass Krankenhausmitarbeiter sich in dem vorgeworfenen Maß ohne eigenen privaten Nutzen strafrechtlich verschulden sollten, damit ihre Arbeitgeber einen höheren Erlös erzielen, ist ohnehin eine zweifelhafte Unterstellung. Eine allgemeine Bereitschaft zu einer derartigen Form von fehlgeleiteter Loyalität haben die Autoren jedenfalls bis-

lang in ihrer langjährigen Krankenhauspraxis nicht feststellen können. Viel wahrscheinlicher ist eine unterschiedliche Auslegung der im Vordergrund stehenden leistungsrechtlichen Grenzbereiche und der relevanten Grauzonen der Kodierung durch die Kostenträger und die Krankenhäuser. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Zitat des Leiters der Landesvertretung Hamburg des Verbandes der Ersatzkassen, Günter Ploß, im Hamburger Abendblatt vom 15. März 2010.¹²⁾ Darin wird die Auslegung von „Spielräumen“ mit „Verschulden“ in einen Zusammenhang gebracht. Dabei ist – unter Berücksichtigung der vom Gesetzgeber für Krankenhäuser und Krankenkassen verordneten wirtschaftlichen und wettbewerblichen Rahmenbedingungen – die Auslegung von „Spielräumen“ zu eigenen Gunsten nicht nur legal und legitim, sondern schlichtweg selbstverständlich. Dies in die Nähe des gezielten Betrugs zu stellen, ist diffamierend. Vorwürfe wie die von Matthias Mohrmann (AOK Rheinland-Hamburg), nach denen die Hälfte der „überhöhten Rechnungen“ vorsätzlich gestellt würden,^{9), 15)} oder von Florian Lanz (GKV-Spitzenverband), nach dem etwa zwei Drittel aller fehlerhaften Abrechnungen Betrugsversuche seien,³⁹⁾ sind völlig aus der Luft gegriffen. Es sollte sich von selbst verstehen, dass solche undifferenzierten und strafrechtlich relevanten Vorwürfe unaufgefordert substantiiert werden. Sofern den Krankenkassen oder dem MDK tatsächlich Krankenhäuser bekannt sein sollten, in denen gezielter Abrechnungsbetrug begangen wird, so ist diesen Vorwürfen gezielt nachzugehen. Eine verleumderische Kampagne gegen alle Krankenhäuser in Deutschland ist nicht der richtige Weg.

Quote beanstandeter Fälle

In den Äußerungen der Krankenkassen und den darauf zurückgehenden Veröffentlichungen in den Medien wird direkt oder indirekt unterstellt, dass ein Großteil der Rechnungen/Leistungen der Krankenhäuser, zum Teil mehr als 50 Prozent,

Tabelle 1: Berechnung des Brutto-Rückforderungsvolumens (ohne Abzug der Kosten) aus den Fallprüfungen der GKV

Prüfquote	geprüfte Fälle	Erfolgsquote	Rückforderungssumme pro gewonnenem Fall	Rückforderungssumme pro geprüftem Fall	Rückforderungsvolumen GKV
11,0 %	1.900.000	40,0 %	1.100,00 €	440,00 €	836.000.000,00 €
19,7 %	3.409.091	40,0 %	1.100,00 €	440,00 €	1.500.000.000,00 €
11,0 %	1.900.000	40,0 %	1.973,68 €	789,47 €	1.500.000.000,00 €
11,0 %	1.900.000	71,8 %	1.100,00 €	440,00 €	1.500.000.000,00 €

Die grünen Felder kennzeichnen die plausibel durch GKV, MDK und Krankenhäuser veröffentlichten Werte. Gelb markiert sind Werte, die erzielt werden müssten, um das behauptete Rückforderungsvolumen von 1,5 Mrd. € zu erzielen.

beanstandet wird.^{5), 6), 13), 18), 19)} Dies ist schlichtweg falsch. In diesem Kontext wird auch eine Untersuchung des Bundesrechnungshofes nicht richtig zitiert, nach der angeblich 30 Prozent aller Rechnungen „falsch“ sein sollen.¹⁵⁾ Die Zahlen des GKV-Spitzenverbandes sagen aus, dass bei einer Prüfquote von 10 bis 12 Prozent 40 Prozent der Rechnungen geprüfter Fälle gekürzt werden.^{14), 16), 17)} Daraus ergibt sich eine Beanstandungsquote von 4 bis 5 Prozent (und nicht „40 bis 50“ Prozent) der Leistungen/Rechnungen. Hier wird also in den Veröffentlichungen teilweise eine Zehnerpotenz zu hoch agiert. Entsprechend sind die Zahlen des Bundesrechnungshofes zu interpretieren, der damit auf eine noch niedrigere Beanstandungsquote von knapp über 3 Prozent kommt.

Maximales Rückforderungspotenzial

Es werden sowohl vom GKV-Spitzenverband als auch im Rahmen von Krankenhausumfragen Rechnungskürzungen von 1 100 € pro gekürztem und 440 € pro geprüftem Fall angegeben.^{14), 16), 17), 24), 26)} Bei jährlich 1,9 Mio. Einzelfallprüfungen der GKV^{1), 2), 24)} ergäbe sich daraus ein Betrag von maximal 850 Mio. €. Zu entsprechenden Ergebnissen und damit einer „Retaxierungsquote“ von 1,75 Prozent der GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen scheint auch der Bundesrechnungshof gekommen zu sein.¹⁵⁾ Dabei ist noch fraglich, ob nicht auch

das Potenzial anderer, nicht der GKV zuzuordnender Kostenträger mit eingerechnet wurde, da bei einer Prüfquote von 11 Prozent und einer Zahl geprüfter Fälle von 1,9 Mio. von mehr als 17 Mio. stationären GKV-Fällen auszugehen wäre. Für das Jahr 2008 weist das Statistische Bundesamt jedoch insgesamt nur ca. 17,5 Mio. Krankenhausfälle aus.³⁵⁾ Bei grob geschätzten 10 Prozent voll privat versicherten Krankenhauspatienten in Deutschland (2009

gab es 8,81 Mio. privat voll Krankenversicherte; Quelle: www.pkv.de/zahlen/) erscheinen die von der GKV und vom MDK veröffentlichten Zahlen nicht mehr plausibel.

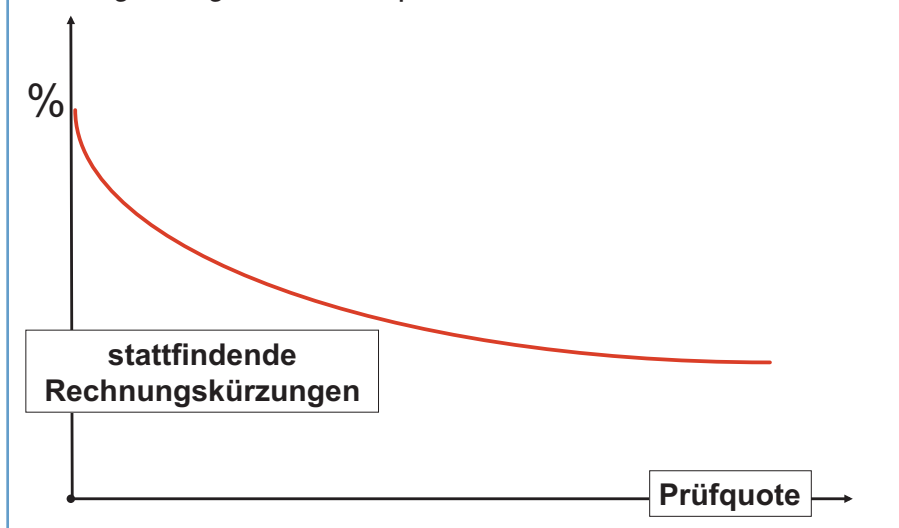
In den Medien werden nach anfänglich 300 Mio. €²⁾ inzwischen bereits Prüfpotenziale von über 1,5 Mrd. € „gehandelt“.^{14)–18), 20)} Wie kommt dieser im Verlauf der medialen Kampagne inflationär steigende Betrag zustande? Dieser würde unter den folgenden Bedingungen erreicht:

- bei konstanter Erfolgsquote von 40 Prozent und konstantem Rechnungskürzungsbetrag von 440 € erst bei einer Prüfquote von 20 Prozent (statt 11 Prozent);
- bei konstanter Prüfquote von 11 Prozent und konstanter Erfolgsquote von 40 Prozent bei einem Rechnungskürzungsbetrag von 2 000 € (statt 1 100 €), oder
- bei konstanter Prüfquote von 11 Prozent und konstantem Rechnungskürzungsbetrag von 1 100 € bei einer Erfolgsquote von über 70 Prozent (statt 40 Prozent) (siehe ► **Tabelle 1**).

Keiner dieser Werte ist auch nur im Entferntesten plausibel. Möglicherweise wurde bei den Berechnungen die Rückforderungssumme *pro gewonnenem* Fall mit der Rückforderungssumme *pro geprüftem* Fall verwechselt.

Die gesetzlichen Krankenkassen unterscheiden sich zum Teil sehr deutlich hinsichtlich der Prüfquote und des Prüfstils.^{22), 34)} Einzelne Kostenträger oder regionale MDKs weisen zum Teil deutlich höhere „Erfolgsquoten“ als 40 Prozent aus.^{3), 6), 9), 11)–13), 18)–21)} Zwischen der Prüfquote und der Erfolgsquote gibt es jedoch einen Zusammenhang. Würden 100 Prozent der Fälle geprüft, könnten keinesfalls 40 Prozent der Fälle gekürzt werden. Krankenkassen, die regelgebunden alle Grenzverweildauerüberschreitungen prüfen, werden daher vermutlich niedrigere Erfolgsquoten haben. Werden die Prüfungen auf wenige hervorstechende Fälle reduziert und damit weniger als 10 Prozent der Fälle geprüft, steigt die Wahrscheinlichkeit, bei den Prüfungen erfolgreich zu sein (siehe ► **Abbildung 1**). Es verwundert daher nicht, dass eine Krankenkas-

Abbildung 1: Wahrscheinliche Abhängigkeit der Erfolgsquote (stattfindende Rechnungskürzungen) von der Prüfquote



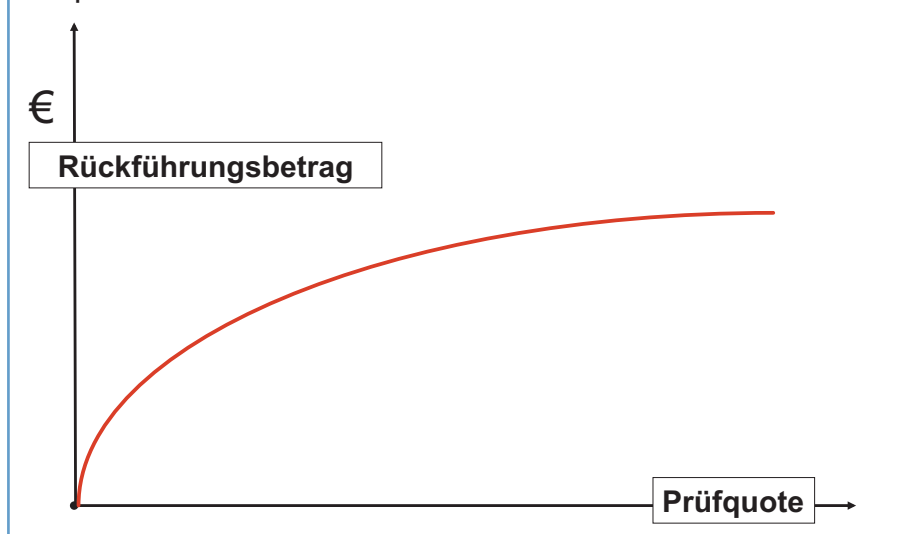
se wie die AOK Rheinland-Hamburg, die nach eigenen Angaben nur ca. 7 Prozent der Fälle prüft,^{9), 11), 18)} eine höhere „Erfolgsquote“ vorzuweisen hat als eine Krankenkasse mit einer deutlich höheren Prüfquote. Erste Auswertungen der G-DRG-Begleitforschung nach § 17 b Absatz 8 KHG haben gezeigt, dass die überdurchschnittlich häufig prüfenden Innungskrankenkassen und insbesondere die Knappschaft-Bahn-See eher unterdurchschnittliche „Erfolgsquoten“ erreichen.³⁶⁾ Vermutungen wie die von Prof. Günther Neubauer, „dass auf einen aufgedeckten drei unentdeckte Abrechnungsfehler kommen“⁴⁰⁾, dürften wenig Bezug zur Realität haben. Allerdings ist zu beachten, dass die Quote der Abrechnungsfehler tatsächlich höher liegen muss, da selbstverständlich Abrechnungsfehler, die zu einem zu niedrigen Rechnungsbetrag führen, von den Krankenkassen nicht aufgegriffen werden.

Selbstverständlich ist nicht nur die prozentuale Erfolgsquote, sondern auch die Rückforderungssumme pro gewonnenem Fall zu berücksichtigen. Auch hier ist davon auszugehen, dass Fälle mit einem hohen Rückforderungspotenzial prioritär geprüft werden. So erzielte die AOK Rheinland-Hamburg nach eigenen Angaben mit einer geringen Prüfquote von 7 bis 8 Prozent einen deutlich überproportionalen Anteil des gesamten Rückforderungsvolumens (ca. 20 Prozent).¹²⁾ Werden Prüfquoten ausgedehnt, ist daher nicht nur eine Reduktion der prozentualen Erfolgsquote, sondern auch eine Reduktion der Rückforderungssumme *pro gewonnenem* Fall wahrscheinlich. Auf die Rückforderungssumme *pro geprüftem* Fall wirken beide Effekte gleichgerichtet (siehe ► **Abbildung 2**).

Es ist unwahrscheinlich, dass bei einer weiteren Steigerung der Prüfquote gleiche Erfolgsquoten und Rückforderungssummen erzielt werden könnten. Nachvollziehbar erscheint, dass eine weitere Ausdehnung der Fallprüfungen durch Aufwandspauschalen (zurzeit 300 €) wirksam verhindert wird. Deshalb setzen sich einige Kostenträger und der GKV-Spitzenverband dafür ein, die Aufwandspauschale abzuschaffen²³⁾ oder wollen ihr Risiko durch eine ggf. fällig werdende Strafzahlung für Krankenhäuser reduziert sehen.^{9), 11), 14), 16)–18), 22)}

Wichtig zum Verständnis ist auch die Unterscheidung zwischen der „Erfolgsquote“ und der primären „Beanstandungsquote“. So geben die Techniker Krankenkassen aus Thüringen und Hessen an, dass über 50 Prozent der geprüften Fälle vom MDK leistungsrechtlich oder abrechnungstechnisch beanstandet wurden, aber nur ein Teil der Streitsumme^{3), 13), 19)} an die Krankenkassen zurückgeflossen ist. Auch wenn nur Zahlen des MDK veröffentlicht werden,^{9), 12)} muss bedacht werden, dass Beanstandungen nicht mit tatsächlicher, nicht indizierter Leistungserbringung oder fehlerhafter Abrechnung gleichzusetzen sind. Dies gilt insbesondere bei der nicht selten primär

Abbildung 2: Wahrscheinliche Abhängigkeit des Rückführungsbetrags von der Prüfquote



unzureichenden Unterlagenanforderung.³²⁾ Längst nicht alle anfänglichen Beanstandungen münden daher in Rechnungskürzungen.

Was bleibt für die GKV unter dem Strich?

Wie bereits in der Veröffentlichung vom Januar 2010 dargestellt,³²⁾ müssen selbst bei einseitiger Betrachtung von der Seite der Kostenträger dem plakativ demonstrierten Rückführungsbetrag die Kosten gegenübergestellt werden, die anfallen, um diesen Betrag zu erzielen. Hierzu gehören:

1. Die Kosten alternativer Abrechnungsformen. Kommt es im Rahmen einer primären Fehlbelegungsprüfung zu einer Stornierung der Rechnung für den stationären Fall, bedeutet dies nicht, dass vom Krankenhaus gar keine Rechnung gestellt werden kann. In einem Großteil der Fälle wird die Leistung dann als tagesklinische Leistung, über vorstationäre Pauschalen nach § 115 a SGB V oder vermutlich am häufigsten als Ambulantes Operieren nach § 115 b SGB V abgerechnet. Um zu ermitteln, was der Krankenkasse nach der Umbuchung verbleibt, muss der entstehende neue

— Anzeige —

100% Dometic

- 4% der Privatpatienten geben sich **mit allem** zufrieden.
- 9% geben sich **mit nichts** zufrieden.
- 87% wollen **Hotelkomfort** auf ihrem Krankenzimmer!

www.100-prozent-dometic.de

Rechnungsbetrag vom ursprünglichen Rechnungsbetrag subtrahiert werden. Inwieweit die Kosten der alternativen Abrechnungen in den Statistiken der Kostenträger und Krankenhäuser bereits berücksichtigt wurden, ist den Autoren nicht bekannt.

2. Die Kosten der Aufwandspauschalen für erfolglose Fallprüfungen; bei 1,9 Mio. Prüfungen und einer Erfolgsquote von 40 Prozent ist hier von 342 Mio. € zu reden (1,14 Mio. Prüfungen x 300 €). Schon alleine dadurch reduziert sich das in Tabelle 1 ermittelte Rückforderungspotenzial von 836 Mio. € auf unter 500 Mio. €.
3. Die Kosten für die Einzelfallprüfungen durch den MDK. Diese liegen bei weiteren ca. 100 Mio. € pro Jahr.¹⁾
4. Die Kosten für die Prüfsoftware und die Personalkosten für die eigenen und externen Prüfteams der Kostenträger. Die Höhe kann von den Autoren nicht abgeschätzt werden, sie dürfte aber nicht unerheblich sein.
5. Die Kosten für sozialgerichtliche Auseinandersetzungen in ca. 1 Prozent der geprüften Fälle.^{26)–28)} Auch dieser Betrag kann von den Autoren nicht abgeschätzt werden.
6. Die Kosten (bzw. die Reduktion des tatsächlichen Rückführungsbetrags) für die GKV insgesamt bei Berücksichtigung der Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 KHEntgG (ausführliche Erläuterung weiter unten).

Es ist offensichtlich, dass – wenn überhaupt (!) – nach Abzug aller Kosten allenfalls ein geringer Rückführungsbetrag der GKV und damit der Versichertengemeinschaft verbleibt. Nicht zu vergessen ist dabei, dass die Versichertengemeinschaft aufgrund der für die Krankenhäuser entstehenden immens hohen Kosten im budgetierten Gesamtsystem deutlich mehr administrative Leistungen (Kodierung, Dokumentation, Bearbeitung von Fallprüfungen) bei kompensatorisch sinkender Finanzierungsquote für die medizinische Primärleistung einkauft. Dies ist eine offensichtliche Fehlallokation der begrenzten Ressourcen für das Gesundheitswesen.³²⁾

Rückführungsbetrag oder entstandener Schaden?

Das Prüfpotenzial (der Rückführungsbetrag) wird seit März 2010 fälschlicherweise als Schaden bzw. als Kosten oder Verlust dargestellt.^{5), 12), 14)–18), 20), 22)} Dieser „Schaden“ ist den Kostenträgern nicht entstanden, da sie mit ihrem Rückforderungsbegehren erfolgreich waren. Ein Schaden ist primär bei den Krankenhäusern zu verzeichnen. Der größte Teil der Rechnungskürzungen ist auf Prüfungen bereits erbrachter Leistungen (zum Beispiel Verweildauerprüfungen) zurückzuführen. Als Schaden für die Kostenträger könnten allenfalls die oben aufgeführten Kosten des Prüfverfahrens verstanden werden oder der Betrag, der fälschlicherweise durch Krankenhäuser abgerechnet wurde, aber *nicht* im Rahmen der Fallprüfungen durch die Kostenträger wieder zurückgeflossen ist. Die systematische Darstellung des tatsächlich realisierten Rückführungsbetrags als entstandener Schaden führt die Öffentlichkeit gezielt in die Irre.

Es drängen sich Fragen auf: Wie hoch wäre der Schaden, wenn gar nicht geprüft würde? Wäre der Schaden so hoch wie das realisierte Rückforderungspotenzial? Sind die Einzelfallprüfungen daher wirklich wirtschaftlich?

Welcher reale Schaden würde der GKV insgesamt entstehen, wenn gar nicht geprüft würde? Für die Suche nach der Antwort auf diese Frage ist es wichtig zu verstehen, dass das G-DRG-System nicht als ein echtes Preissystem eingesetzt wird. Auch aktuell vereinbarte Krankenhäuser und Kostenträger prospektive Erlösbudgets/-summen nach den §§ 4 und 6 Absatz 3 KHEntgG. Krankenhausabrechnungen für einzelne Behandlungsfälle stellen für ein Krankenhaus damit immer nur Abschläge auf das vereinbarte Erlösbudget und die vereinbarte Erlössumme dar. Mehr- oder Minderleistungen bzw. -erlöse werden nach § 4 Absatz 3 KHEntgG ausgeglichen. In diesem Kontext muss der im Rahmen der Einzelfallprüfungen realisierte Rückführungsbetrag bewertet werden. Wird durch eine Rechnungskürzung von einer einzelnen Krankenkasse 100 Prozent eines strittigen Betrags zurückgefordert, ändert sich dadurch nichts am vereinbarten Budget des Krankenhauses. Entsprechend entsteht für ein Krankenhaus auch kein Erlösverlust in Höhe der Rechnungskürzung. In der Konsequenz teilen sich das Krankenhaus und *die Gemeinschaft aller Kostenträger* den von einer einzelnen Krankenkasse zurückgeforderten Rechnungsbetrag. Wer welchen Anteil zu tragen hat, ist abhängig vom Ausmaß der Budgetausschöpfung:

1. Erwirtschaftet ein Krankenhaus in einem Jahr Mehrerlöse (Gesamterlöse höher als vereinbarte[s] Erlösbudget/-summe), so werden diese in der Regel nur zu 35 Prozent vergütet. 65 Prozent der Mehrerlöse müssen im Folgejahr an die Kostenträger zurückgezahlt werden. Ein durch eine Rechnungskürzung nicht erzielter Mehrerlös wäre damit ohnehin nur zu 35 Prozent beim Krankenhaus verblieben. Die restlichen 65 Prozent, die ansonsten über die Gemeinschaft aller Kostenträger verteilt zurückgezahlt worden wären, erhält so die prüfende Krankenkasse alleine.
2. Erwirtschaftet das Krankenhaus Mindererlöse (Gesamterlöse geringer als vereinbarte[s] Erlösbudget/-summe), so werden in der Regel 20 Prozent der nicht erzielten Erlöse (Mindererlösausgleich) im Folgejahr von der Gemeinschaft aller Kostenträger ausgleichend an das Krankenhaus gezahlt. Ein durch eine Rechnungskürzung verursachter Mindererlös wirkt sich für ein Krankenhaus daher nur zu 80 Prozent der gekürzten Rechnungssumme aus. 20 Prozent der von der einzelnen Krankenkasse vereinnahmten Rechnungskürzung müssen daher von der Gemeinschaft aller Kostenträger ausgeglichen werden.

Es ist offensichtlich, dass sich das Prüfpotenzial in einem Einzelfall aus der Sicht einer einzelnen Krankenkasse anders darstellt als aus der Perspektive der GKV insgesamt. Alle Kosten-

träger sind anteilig an der Refinanzierung der erzielten Rechenkungskürzungen der anderen Kostenträger beteiligt bzw. müssen auf Rückzahlungen von Mehrerlösausgleichen verzichten. Dadurch reduziert sich bei einer aus der Sicht der Solidargemeinschaft vorzunehmenden Verrechnung der verbleibende echte Rückführungsbetrag für die gesamte GKV beträchtlich. Je nachdem, in welchem Ausmaß minder- und mehrerlösende Krankenhäuser geprüft werden, reduziert sich für die gesamte GKV das Rückforderungspotenzial auf einen Wert zwischen 35 bis 80 Prozent der oben genannten Summe von 836 Mio. €. Für einzelne Krankenkassen können Abweichungen entstehen, wenn sie mehr und/oder erfolgreicher prüfen, als sie an den Erlösausgleichen beteiligt werden. Das wäre nur dann der Fall, wenn eine Krankenkasse über die Einzelfallprüfungen mehr Rückzahlungen realisiert als andere Kostenträger, also ihre Prüfungen so weit wie möglich ausdehnt.

Die Erlösausgleiche beziehen sich nur auf das abgelaufene Abrechnungsjahr. Grundlage für die Verhandlung des neuen Erlösbudgets und der neuen Erlössumme ist die Leistungsmenge des Vorjahrs. Prospektiv vereinbarte Leistungsmengen sind dabei zu 100 Prozent zu bewerten (§ 4 Absatz 2 KHEntgG). Unbegründet sind jedoch Befürchtungen, dass die Mehrkosten durch die Übernahme zu 100 Prozent in das krankenhausindividuelle Erlösbudget des Folgejahres auch zu einer zeitversetzten Kostensteigerung in diesem Ausmaß führen würden. Der Ausgleich für Mehrleistungen im Folgejahr erfolgt nicht auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses, sondern auf der Landesebene. So wirken Leistungssteigerungen für die Folgejahre nach § 10 Absatz 3 Nr. 4 KHEntgG nur im Rahmen der variablen Kosten erhöhend auf das Landesbudget. Leistungssteigerungen durch eine veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren sind vollständig auszugleichen. Es werden also Casemix-Steigerungen durch die Absenkung des Landesbasisfallwerts kompensiert. In der Konsequenz würden zwar immer noch nicht wünschenswerte Kostensteigerungen eintreten, aber bei weitem nicht in der Höhe des von den Kostenträgern proklamierten Prüfpotenzials von 850 Mio. €.

Um eventuellen Missverständnissen vorzubeugen, sei klargestellt: Einzelfallprüfungen sind unter der derzeitigen Krankenhausfinanzierung wichtig und notwendig. Nur über Fallprüfungen ist ein fairer Wettbewerb der Leistungsanbieter untereinander zu gewährleisten. Wie für die Kostenträger wirkt sich das DRG-System auch für Krankenhäuser überwiegend als Umverteilung von Ressourcen aus. Erzielt ein Krankenhaus durch systematisches Upcoding und/oder medizinisch nicht notwendige Leistungsausdehnungen eine Budgeterhöhung im Folgejahr, so wird dies zu großen Teilen von den anderen Krankenhäusern über eine kompensatorische Absenkung des Landesbasisfallwerts refinanziert.

Es ist jedoch wichtig zu verstehen, dass die Einzelfallprüfungen mit so hohen prozessualen Kosten und einem so geringen ech-

ten „Geldrettungspotenzial“ verbunden sind, dass – entgegen der Darstellungen einiger Krankenkassen und des MDK – Einzelfallprüfungen für die Solidargemeinschaft nicht wirtschaftlich sind, sondern im Gegenteil erhebliche Kosten für die Solidargemeinschaft verursachen.

Der von Kostenträgern dargestellte wirtschaftliche „Zwang“ zu Einzelfallprüfungen^{1), 3), 5), 9), 12), 14), 19), 20), 22), 24)} besteht bei globaler Betrachtung der gesamten GKV-Landschaft also nicht. Zur Aufrechterhaltung des fairen Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander wäre ein Bruchteil der derzeitigen Prüfungen ausreichend. Diese könnten sich auf die Krankenhäuser konzentrieren, die bei entsprechenden Vorprüfungen systematisch auffällig werden. Hemmend für die Reduktion der für die Solidargemeinschaft unwirtschaftlichen Einzelfallprüfungen ist der Wettbewerb der Kostenträger untereinander, also der Wettbewerb darum, wer das „größte Stück vom Kuchen“ bezahlen muss. Wenn eine Krankenkasse bei der Prüfung eines Einzelfalls Geld sparen kann, so wäre sie zunächst schlecht beraten, auf diese 100 Prozent des Betrags (abzüglich der o.g. Kosten) zu verzichten. Nachträglich wird sie nur im Rahmen ihrer krankenkassenindividuellen Quote an den Erlösausgleichen (und damit allerdings auch an den Ergebnissen der Fallprüfungen der Konkurrenzassen) beteiligt. Den Rest der Ausgleichssummen tragen die anderen Kostenträger mit. Insbesondere die großen und marktführenden Krankenkassen müssten daher Interesse an einer Reduktion der unwirtschaftlichen Einzelfallprüfungen haben. ▶



**Kraft der
Perfektion**
Greifen, Ablegen,
Waschen, Transportieren

LK - fertigt für Sie in höchster Perfektion:

- Werkstück - Trägermagazine
- Transport - Schutzsysteme
- Werkstück - Waschkörbe
- Greifbehälter + Zubehör
- LK-med Instrumentenboxen
- Laser - Blechverarbeitung
- Sonderlösungen

LK Mechanik GmbH
Sanderweg 1
Gewerbepark Süd
35452 Heuchelheim
Tel. 06 41 - 9 62 42 0
Fax 06 41 - 9 62 42 42
E-Mail: info@lk-mechanik.de
www.lk-mechanik.de

High Quality
Made in
Germany

Überprüfungen der Notwendigkeit unzweifelhaft erbrachter Leistungen werden fälschlicherweise als Rechnungsprüfungen dargestellt

Weiterhin wird von den Kostenträgern in den bereits eingangs genannten Veröffentlichungen von „überhöhten Rechnungen“ und „Rechnungsprüfungen“ gesprochen. Dass es sich in der weit überwiegenden Zahl um einen Dissens zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern bezüglich der Indikation zur Leistungserbringung und damit um die Überprüfung der Notwendigkeit bereits erbrachter und aus der Sicht des Krankenhauses korrekt abgerechneter Leistungen handelt,^{24)–29), 32), 34)} wird bei der Diskussion meist verschwiegen. Die Konsequenzen und wenig sinnvollen Anreize einer Rechkürzung im Fall einer nicht ausreichenden Dokumentation der Notwendigkeit einer Leistungserbringung wurden ausführlich in der Veröffentlichung im Januar diskutiert und können dort nachgelesen werden.³²⁾

Fest steht, dass eine Vereinfachung der Kodierrichtlinien oder Abrechnungsregeln nur wenig Einfluss auf die weiterhin stattfindenden regelbasierten Massenprüfungen hätte, da die Kodierung/Abrechnung selbst nur selten Prüfinhalt ist. Die Kodierung von Behandlungsfällen und die Abrechnung von DRGs sind teilweise sehr komplex und nicht intuitiv zu verstehen. Die derzeitigen Fallprüfungen und Betrugsvorwürfe werden daher häufig mit dem DRG-System in Verbindung gebracht. Damit wird der Erfolg dieses bis zuletzt von der Mehrzahl der Akteure im Gesundheitswesen³⁷⁾ für gut befundenen Instruments zur leistungsbezogenen Verteilung der knappen Ressourcen geschmälert. Unter den derzeitigen Finanzierungs- und Budgetierungsbedingungen wäre eine entsprechende Menge an leistungsrechtlichen Prüfungen (primären und sekundären Fehlbelegungsprüfungen), aber auch bei einer tagesbezogenen Pauschalierung wie vormals unter der BPfV zu erwarten gewesen. Die Anreize zur nachträglichen Überprüfung der Indikation von erbrachten Leistungen sind mehr auf die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen als auf das DRG-System selbst zurückzuführen.

Im Vordergrund der Fallprüfungen stehen die Überprüfungen der Überschreitung der sogenannten Grenzverweildauern.^{24), 26)–28)} Die normativ-statistisch ermittelten DRG-Grenzverweildauern stehen in keinem medizinisch-inhaltlichen Bezug zu dem in einer DRG abgebildeten Leistungsspektrum.³³⁾ DRGs werden unter dem Primat der Gesamtkostenhomogenität gebildet; verweildauerintensive sowie sachkostenintensive Fälle werden häufig in einer DRG zusammengefasst. Die Überschreitung von Grenzverweildauern kann demnach keine Grundlage für die Unterstellung einer sekundären Fehlbelegung im Einzelfall darstellen. Einige Krankenkassen versuchen inzwischen gar nicht mehr, ihre Einzelfallprüfungen als solche darzustellen.^{6), 20)} Die Einzelfallprüfungen sind offensichtlich zu Regelprüfungen mutiert. Die EDV-regelbasierte Identifikation eines nur theoretisch möglichen Rückforderungspotenzials unterläuft den vom Gesetzgeber verfolgten Sinn und Zweck einer Einzelfallprüfung, welcher der Verdacht auf Falschabrechnung oder eine nicht indizierte Leistungserbrin-

gung vorausgeht. Alle Krankenhäuser geraten damit unter einen nicht tolerablen Generalverdacht.

Zudem muss klargestellt werden, dass die Erbringung einer Leistung in leistungsrechtlichen Grenzsituationen überwiegend im Interesse der Patienten und nicht zur Gewinnmaximierung der Krankenhäuser erfolgt. Während der Rechnungsbetrag für Kostenträger eine echte Kostenbelastung darstellt, stellt der Rechnungsbetrag für die Krankenhäuser einen Abschlag auf ein Erlösbudget dar, dem die entstehenden eigenen Kosten gegenübergestellt werden müssen. Dass für die prüfenden Kostenträger unter diesen Voraussetzungen in Grenzsituationen stärkere ökonomische Anreize wirken als für Krankenhäuser, ist offensichtlich.

Perspektiven

Einzelfallprüfungen sind, wie oben ausführlich dargestellt, für die GKV insgesamt unwirtschaftlich. Dass die Krankenkassen dennoch aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus nicht auf die Durchführung verzichten können und wollen, liegt im Wesentlichen im Wettbewerb der Kostenträger untereinander begründet. Soll die Zahl der Einzelfallprüfungen auf das notwendige Maß beschränkt werden, muss der Ansatz für Lösungen demnach primär im wettbewerblichen Fehlanreiz gesucht werden. Bei gleichen Beitragssätzen und Leistungskatalogen sind die Möglichkeiten für die Krankenkassen limitiert, im Wettbewerb untereinander Vorteile zu gewinnen. Es ist nicht sinnvoll, den Krankenkassen Anreize zu bieten, durch den bürokratischen Prozess von Einzelfallprüfungen wettbewerbliche Vorteile erzielen zu können. Die wettbewerblichen Vorteile der einzelnen Krankenkasse müssen zu nicht unerheblichen Anteilen von der Gemeinschaft der Kostenträger gegenfinanziert werden. Im Gesamtsystem wird durch den Aufbau der Prüf-Bürokratie weder eine nachhaltige Effizienz noch eine Qualitätssteigerung erzielt.

Wichtig für eine Anpassung des künftig geltenden ordnungspolitischen Rahmens ist, dass sich eine einzelne Krankenkasse durch ihren Prüfstil und ihr Prüfvolumen keinen Vorteil gegenüber ihren Mitbewerbern erwirtschaften darf.

Der derzeit unter den Krankenkassen, bezogen auf die Fallprüfungen, eingetretene „Hamsterradeffekt“ muss gestoppt werden. Sinnvoller wäre es, perspektivisch auch unter den Kostenträgern die Marktanreize so zu setzen, dass sich der Wettbewerb auf Qualität, Service, Versicherungszufriedenheit und niedrige Verwaltungskosten konzentriert.

Einzelfallprüfungen sind in den Krankenhäusern sowie bei den Kostenträgern und Prüfdiensten mit einem erheblichen administrativen Aufwand verbunden. Insbesondere die immer knapper und teurer werdende Ressource „Arzt“ setzt deutliche Anreize dafür, den „kalten Krieg“ und das „Wettrüsten“ im Rahmen der Einzelfallprüfungen zu beenden. So wäre es zumindest denkbar, dass Krankenhäuser und Kostenträger individuelle Rabattierungsquoten vereinbaren und damit im Ge-

genzug auf die aufwendigere Rabattierung über die Einzelfallprüfungen verzichten. Die vermiedenen administrativen Kosten bei allen Beteiligten ließen eine solche Regelung auf den ersten Blick attraktiv erscheinen. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen ihre „frei gewordenen“ Prüfquoten beim MDK dazu nutzen könnten, die Prüfungen in den sich einer solchen Regelung nicht anschließenden Krankenhäusern auszudehnen. Die Autoren sehen in einer solchen Strategie jedoch eine Fehlentwicklung, da Vereinbarungen dieser Art den Sinn und Zweck der Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V unterlaufen würden. Es ist nicht auszuschließen, dass eine vereinbarte Rabattierung vorab auf die Preise durch Upcoding und weitere Maßnahmen „aufgeschlagen“ wird, sodass ein realer Erlösverlust bzw. eine echte Rabattierung nicht eintreten würde.

Auch die folgende Option wäre zumindest denkbar: Krankenkassen, MDK, Bundesversicherungsamt und Bundesrechnungshof führen anhand von Prozentsätzen bzw. rückgeforderten Summen pro geprüftem Fall bzw. pro Krankenhaus ein Benchmarking durch. Dabei wäre jedoch zu befürchten, dass der Fokus auf den Kennzahlen liegt und der Blick für das Wesentliche verschleiert wird. Was würde es aussagen, wenn ein Prüfteam in einem Krankenhaus 5 oder 20 Prozent der Rechnungen prüft? Spricht eine Erfolgsquote von 10 Prozent oder 60 Prozent für ein unauffälliges Krankenhaus oder eher für ein schlechtes Prüfteam? Insbesondere unter Berücksichtigung des dahinter liegenden Rabattierungsdankens besteht die Gefahr, dass aus den Kennzahlen eine „Zielprüfquote“ und eine „Zielerfolgsquote“ abgeleitet werden. Veröffentlichungen des MDK²⁴⁾ und der Krankenhäuser²⁶⁾ legen nahe, dass Prüfquoten und Erfolgsquoten zumindest für die Krankenhausträger nicht sehr stark differieren. Demnach scheinen unauffällige Krankenhäuser in vergleichbarem Umfang wie auffällige Krankenhäuser geprüft zu werden. Denkbar ist daher, dass Krankenhäuser auch hier die erwarteten Rabattierungen vorab durch Upcoding und weitere Maßnahmen auf die Preise „aufschlagen“ würden. Trotz eines so entstehenden „Nullsummenspiels“ könnten medienwirksame Erfolgsquoten von Krankenkassen und MDK veröffentlicht werden. In welchem Umfang sich solche Strategien in Deutschland schon etabliert haben, können die Autoren nicht beantworten. Ein fairer Wettbewerb unter den Krankenhäusern wird über diese Anreize sicherlich nicht erzielt.

Es ist zu erwarten, dass die Prüftätigkeiten in der Psychiatrie und Psychosomatik ebenfalls ein Feld finden werden. Mohrmann kündigte bereits an, dass bei der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (§ 17 d KHG) „die Oase der Ruhe“ vorbei sei und die Krankenkassen über den MDK „ständig nachhaken“ werden, wobei „die einzige Begrenzung der Zahl der Prüfungen (...) durch den MDK selbst [erfolge], nämlich dann, wenn kein Personal mehr dafür zur Verfügung stehe“³⁸⁾. Diese Äußerungen stimmen nicht nur unter wirtschaftlichen Aspekten nachdenklich. Sie verdeutlichen den dringenden Handlungsbedarf für die Politik und die Selbstverwaltung. Insbesondere in der Psychiatrie und Psychosomatik sind die Sozialdaten vertraulich zu handhaben. Bei der derzeitigen Konstruktion der OPS

für das neue Entgeltsystem nach § 17 d KHG werden die Prüfungen nur auf der Grundlage kompletter Patientenakten durchführbar sein. Bei der zu beobachtenden „Offenheit“, mit denen auch MDK-Gutachter in ihren Stellungnahmen mit medizinischen Einzelheiten umgehen und insbesondere auch in Bezug auf die Prüfungen durch private Kostenträger besteht nach Auffassung der Autoren der dringende Bedarf, die datenschutzrechtlichen Grundlagen für mögliche Prüfverfahren zu bewerten.

Ob die derzeitige Kampagne zur Erhaltung oder Ausdehnung der Einzelfallprüfungen erfolgreich sein wird, ist offen. Fest steht, dass der Schaden, der durch die Diffamierung aller Krankenhäuser und Krankenhausärzte entsteht – auch für die Kostenträger – groß sein wird. Wesentlich für den Erfolg auch rein somatischer Behandlungen ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt/Therapeut und Patient. Das durch die Kostenträger in der Öffentlichkeit gezielt gestreute Misstrauen in Krankenhäuser und Krankenhausärzte wirkt sich negativ auf diese Beziehung und damit vermutlich in einer schwer abschätzbaren Zahl von Fällen auch auf den Therapieerfolg aus. Die entstehenden Folgekosten müssen wieder von der Solidargemeinschaft getragen werden. Der Versuch, über die Massenmedien politischen Druck auszuüben, um geringe Rabattierungsquoten zu verteidigen bzw. diese leicht auszudehnen, kann sich so schnell zum Pyrrhussieg entwickeln. Die negativen Konsequenzen übersteigen mit Sicherheit bei weitem das pekuniäre Potenzial von Einzelfallprüfungen für die GKV. ▶

ZeMark Nr. 6

6. Zentrale Marketing-Tagung der Gesundheitswirtschaft
ZeMark-Schwerpunkt 2010 in Kassel:

Internes Marketing

15. September 2010

Infos unter: www.zemark.de

Es wäre wünschenswert, wenn sich zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern wieder ein konstruktiver fachlicher Dialog auf angemessenem Niveau etabliert. Daran mitwirken sollten insbesondere diejenigen Kostenträger und Leistungserbringer, die sich derzeit überproportional an den durch die beschriebenen Fehlanreize entstehenden Kosten beteiligen müssen. Vorrangig sind jedoch zeitnahe Änderungen durch den Gesetzgeber.

Literatur

- 1) Schmincke, P. (2009): Die Abrechnungspolizei. Financial Times Deutschland, Gesundheitswirtschaft, erschienen am 24. Februar 2009
- 2) Spiegel Online (2009): Abzocke. Viele Krankenhausabrechnungen sind zu hoch, erschienen am 2. Mai 2009
- 3) Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Thüringen: Überhöhte Krankenhausabrechnungen aufgedeckt, Pressemitteilung, www.tk-online.de
- 4) Philipp Rösler im ZDF-Morgenmagazin (2010): „Sorge um Krankenkassen-Zusatzbeiträge“ vom 29. Januar 2010
- 5) Rundfunk Berlin Brandenburg online (2010): Kostentreiber Krankenhaus – Rösler dennoch für weniger Kontrolle, Sendung Kontraste, erschienen am 11. Februar 2010, www.rbbonline.de/kontraste/archiv
- 6) Berliner Morgenpost (2010): Mehr als jede zweite Klinik-Abrechnung ist falsch, erschienen am 18. Februar 2010, www.morgenpost.de/berlin-aktuell
- 7) Heidenheimer Zeitung (2010): „Kontrollwahn“: Klinikum wehrt sich gegen Krankenkassen, erschienen am 23. Februar 2010, www.hz-online.de/nc/nachrichten
- 8) Schütte, G. (2010): Kliniken kritisieren Zahlungsmoral vieler Krankenkassen. Welt Online 24. Februar 2010, www.welt.de/die-welt/wirtschaft
- 9) Wiedemann, G.M. (2010): AOK-Stichproben: Kliniken rechnen zu viel ab. Kölner Stadtanzeiger, erschienen am 9. März 2010, www.ksta.de/html/artikel
- 10) Wiedemann, G.M. (2010): Teure Krankenhäuser. Kommentar zu überhöhten Rechnungen. Kölner Stadtanzeiger, erschienen am 9. März 2010
- 11) Wiedemann, G.M. (2010): Hohe Rechnungen. AOK rügt Kliniken. Frankfurter Rundschau, erschienen am 9. März 2010, www.fr-online.de
- 12) Hamburger Abendblatt (2010): Krankenhäuser: 30 Millionen Euro zu viel abgerechnet, www.abendblatt.de/hamburg
- 13) Freies Wort (2010): Gros der geprüften Klinikrechnungen zu hoch, erschienen am 16. März 2010, www.freies-wort.de/nachrichten/thueringen
- 14) Open Report (2010): Milliarden Schaden durch falsche Klinikabrechnungen. Kassen beklagen Einbußen und fordern Änderungen im System, erschienen am 5. April 2010, www.open-report.de/artikel
- 15) Der Westen (2010): Krankenhäuser. Milliardenverlust für Kassen durch falsche Abrechnungen, erschienen am 22. April 2010, www.derwesten.de/wp/region
- 16) FinanzNachrichten (2010): Kassen kritisieren Prüfverfahren bei Klinik-Abrechnungen, erschienen am 25. April 2010, www.finanznachrichten.de/nachrichten
- 17) kma-online (2010): Klinik-Abrechnungen. Kassen kritisieren Prüfverfahren, erschienen am 27. April 2010, www.kma-online.de/nachrichten
- 18) Hamburger Abendblatt (2010): Falsche Abrechnungen in Kliniken, erschienen am 27. April 2010, www.abendblatt.de/politik/deutschland
- 19) TK-Landesvertretung Hessen (2010): Hessen – Jede dritte geprüfte Krankenhausrechnung ist zu hoch, erschienen am 27. April 2010, www.tk-online.de/tk/landesvertretungen/hessen/pressemitteilungen-
- 20) Westfälische Nachrichten (2010): Jede zweite Rechnung fehlerhaft – Kassen erheben Vorwürfe gegen Kliniken, erschienen am 29. April 2010, www.westfaelische-nachrichten.de
- 21) Kister-Preuss, A. (2010): Lukas Klinik: Ermittlungen. Rheinische Post, erschienen am 15. Mai 2010 www.rp-online.de/bergischesland/solingen
- 22) TK-Landesvertretung Schleswig-Holstein (2010): Techniker Krankenkasse: Klinikrechnungen um drei Millionen Euro gekürzt, erschienen am 26. Mai 2010, www.tk-online.de/tk/landesvertretungen/schleswig-holstein/pressemitteilungen
- 23) Malzahn, J.; Handschuh, T. (2009): Zahlen für den Rechnungscheck?, Gesundheit und Gesellschaft 6/09 14–15
- 24) Pick, P.; Busley, A. (2009): MDK-Prüfungen im Krankenhaus. Sicht der Kassen: Abrechnungsprüfungen sind notwendig und rentabel. Arzt und Krankenhaus 7/09, Seite 196–200
- 25) Wagner, A. (2009), Die Tätigkeit der Medizinischen Dienste für die Krankenversicherung 2008, MDS Fachgebiet Datenservice und -vertrieb, Zusammenstellung vom 20. August 2009
- 26) Thieme, M.; Schikowski, J. (2010): MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse der Frühjahrsbefragung 2009, www.medinfoweb.de
- 27) Thieme, M. (2009): MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern – Bestandsaufnahme 2008 & Trend 2009, veröffentlicht unter www.medinfoweb.de
- 28) Thieme, M.; Schikowski J. (2009): Die Prüfquote steigt. Ergebnisse der dritten Umfrage. MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern, krankenhauseinschau, 11:71–74
- 29) Fiori, W.; Brüning, K.; Bunzemeier, H.; Roeder, N. (2009): Codierqualität in den Krankenhäusern: Unberechtigte Vorwürfe Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(33): A–1596–1598
- 30) Busley, A.; Windeler, J.: (2009): Fallpauschalen: Konfliktsituationen sind unvermeidlich. Leserbrief. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(41): A–2012
- 31) Fiori, W. (2009): Fallpauschalen: Es gibt keinen Massenbetrug. Leserbrief. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(48): A–2418
- 32) Fiori, W.; Bunzemeier, H.; Brüning, K.; Helling, J.; Roeder, N. (2010): Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser. Tatsache oder Fiktion? das Krankenhaus, 1:17–32
- 33) Fiori, W.; Brüning, K.; Bunzemeier, H.; Reinecke, H.; Roeder, N. (2009): Ist die Vergütung für Kurz- und Langlieger im G-DRG-System sachgerecht und sinnvoll?, das Krankenhaus, 5:445–458
- 34) Blum et al.: Krankenhaus Barometer, Umfrage 2008, www.dki.de
- 35) Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik, www.destatis.de
- 36) Fürstenberg, T.; Zich, K.; Nolting, H.-D.; Laschat, M.; Klein, S.; Häussler, B. (2010): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Absatz 8 KHG: Endbericht des ersten Forschungszyklus (2004–2006). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH
- 37) Bundesministerium für Gesundheit: Auswertung des BMG-Fragenkatalogs zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung (2007): www.bmg.bund.de
- 38) Seyfried, D. (2010): Das Ende der „Blackbox Psychiatrie“. Transparenz gegen mehr Bürokratie – Ein guter Tausch? das Krankenhaus, 4:65–66
- 39) Berliner Zeitung (2010): Jede 20. Klinikrechnung ist falsch, erschienen am 12. Juni 2010, www.bz-berlin.de/archiv
- 40) Bayerischer Rundfunk, kontraste (2010): Diagnose: Millionenschaden – wenn Krankenhäuser falsch abrechnen, Sendedatum 2. Juni 2010, Download vom 8. Juni 2010

Anschrift der Verfasser

Dr. Wolfgang Fiori/Dr. Holger Bunzemeier/DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster/Prof. Dr. Norbert Roeder, Ärztlicher Direktor, DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster, Domagkstraße 20, 48129 Münster



RECHTSANWÄLTE WIGGE

BERATUNG IM MEDIZINRECHT

Innovative Strategien und Konzepte für Krankenhäuser

- Krankenhausplanung
- Ambulante Behandlung im Krankenhaus
- Kooperationen/Outsourcing
- Gründung und Betrieb von MVZ
- Integrierte, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
- Arbeitsrecht im Krankenhaus
- Chefarzt- und Institutsermächtigungen

Münster: Scharnhorststraße 40
T 02 51 / 53 59 5 - 0

Hamburg: Neuer Wall 44
T 0 40 / 82 22 61 - 430

MÜNSTER . HAMBURG . WWW.RA-WIGGE.DE