

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Inge Höger, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler und der Fraktion DIE LINKE.

Fehlerhafte Krankenhausabrechnungen

Immer wieder gehen Meldungen durch die Presse, dass Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen häufig zu viel abrechnen. Da Krankenhäuser als Element der Daseinsvorsorge zuallererst einen Versorgungsauftrag haben, ist zu hinterfragen, wieso es zu diesen Abrechnungsfehlern kommen kann. Gründe könnten in Personaleinsparungen und in Arbeitsverdichtung aufgrund der Finanzmisere liegen, unter denen die Krankenhäuser seit Jahren durch politische Entscheidungen leiden. Ebenso können die komplizierten Abrechnungsverfahren dabei eine Rolle spielen. Für diese unabsichtlichen Falschabrechnungen spricht, dass es auch Falschabrechnungen zuungunsten der Krankenhäuser gibt. Nicht auszuschließen ist, dass vorsätzlich falsch abgerechnet wird.

In Pressemeldungen ist von unterschiedlich hohen Falschabrechnungen die Rede. So behaupten die Krankenkassen, dass 60 Prozent der geprüften Abrechnungen nicht korrekt seien, während die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. von 40 Prozent ausgeht. Ebenso besteht Uneinigkeit über die Höhe der jährlichen Überzahlung der Krankenhäuser. Diese Zahlen schwanken zwischen 600 Mio. Euro und 1,5 Mrd. Euro. Der Bundesrechnungshof (BRH) geht in seinen aktuellen Prüfungsergebnissen von 875 Mio. Euro aus (Pressemitteilung des BRH vom 12. April 2011).

Bislang geht die falsche Abrechnung für Krankenhäuser mit keinen Sanktionen oder auch nur Kostenbeteiligungen einher, solange nicht nachgewiesen ist, dass diese vorsätzlich geschehen ist. Umgekehrt entstehen den Krankenkassen zusätzliche Kosten in Höhe von 300 Euro für jede Überprüfung einer Abrechnung, die keinen Fehler nachweist. Damit sind die Kassen gefordert, die Überprüfungen so zu veranlassen, dass die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass die überprüften Abrechnungen fehlerhaft sind. Dadurch werden nur etwa 10 Prozent der Rechnungen geprüft.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Fälle falscher Abrechnungen, die zu Überzahlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen führen, werden jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) ermittelt?

Wie haben sich diese Zahlen seit Einführung der DRG (DRG: diagnosis related groups; Fallpauschalen) entwickelt?

2. Von welchen Dunkelziffern geht die Bundesregierung bezüglich der Falschabrechnungen aus, da der MDK nur bei Verdacht einer Falschabrechnung aktiv wird?

3. Weicht die Anzahl (pro 1 000 Abrechnungen) entdeckter Falschabrechnungen von Krankenhaus zu Krankenhaus, von Krankenhausträger zu Krankenhausträger sowie von Bundesland zu Bundesland voneinander ab?
Falls ja, in welchem Ausmaß weichen sie voneinander ab?
4. Wie viele Fälle falscher Abrechnungen, die zu Unterzahlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen führen, werden jährlich durch den MDK ermittelt?
Wie haben sich diese Zahlen seit Einführung der DRG und in Abhängigkeit der Fallzahlen entwickelt?
5. Wie hoch ist die Anzahl von Falschabrechnungen zugunsten der Krankenhäuser und die zu ihren Ungunsten?
Wie erklärt die Bundesregierung diese Differenz?
6. Wie viel Geld wird durch Falschabrechnungen zugunsten der Krankenhäuser und wie viel zu ihren Ungunsten abgerechnet?
Wie erklärt die Bundesregierung diese Differenz?
7. Gibt es neben den Überprüfungen des MDK, die von den Krankenkassen angefordert werden, auch unabhängige zufällige Stichprobenüberprüfungen von Krankenhausabrechnungen, um realistische Zahlen über das Ausmaß von Falschabrechnungen zu erhalten?
Gibt es Ergebnisse aus zufälligen Stichprobenüberprüfungen darüber, wie oft zu hohe oder zu niedrige Abrechnungen seitens der Krankenhäuser eingereicht werden?
Hält die Bundesregierung zufällige Stichprobenüberprüfungen von Abrechnungen für sinnvoll?
8. Wie hoch belaufen sich nach Kenntnis der Bundesregierung die jährlichen Überzahlungen aufgrund falscher Abrechnungen von gesetzlichen Krankenkassen an die Krankenhäuser?
Wie haben sich diese Zahlen seit Einführung der DRG entwickelt?
9. Wie hoch ist der durchschnittliche Fehlbetrag pro falscher Abrechnung?
Wie hat sich diese Zahl seit Einführung der DRG entwickelt?
10. Wie viel Prozent der Krankenhausabrechnungen an gesetzliche Krankenkassen wurden seit dem Jahr 2000 jährlich überprüft?
11. Gibt es deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Krankenkassen bezogen auf die Anzahl der Abrechnungsüberprüfungen durch den MDK?
12. Welche Gründe führt der MDK bei einer Einordnung als Falschabrechnung auf (bitte häufigste Gründe nennen)?
13. Welche Ursachen liegen nach Ansicht der Bundesregierung für Falschabrechnungen vor?
14. Welche Sanktionsmöglichkeiten bestehen, um Falschabrechnungen zu ahnden?
15. Wie oft pro Jahr werden solche Sanktionen bundesweit verhängt?
16. Wie oft pro Jahr werden absichtliche Falschabrechnungen erfasst?
17. Ist es möglich, dass absichtliche Falschabrechnungen von MDK und Krankenkassen unbemerkt bleiben?

18. Sieht die Bundesregierung bezüglich der Zahl der Falschabrechnungen Handlungsbedarf?
Wenn ja, wann will sie aktiv werden?
19. Welche Möglichkeiten zur Verringerung der Falschabrechnungen erwägt die Bundesregierung, und welche Möglichkeit bevorzugt sie?
20. Warum müssen die Krankenkassen für eine Überprüfung eine Gebühr von 300 Euro bezahlen, wenn die Abrechnung korrekt war?
21. Warum müssen die Krankenhäuser keine Gebühr entrichten, wenn eine Überprüfung eine unkorrekte Abrechnung aufgedeckt hat?
22. Welche Anreize gibt es für Krankenhäuser, sorgfältig und korrekt abzurechnen?
23. Gibt es für Krankenhäuser verbindliche und unmissverständliche Kodierrichtlinien?
24. Wer entscheidet im Zweifelsfall darüber, welche Kodierung bei Interpretationsspielräumen anzuwenden ist?
25. Welche Möglichkeiten haben Krankenhäuser, wie Krankenkassen, gegen einen MDK-Gutachter vorzugehen, wenn dieser sich nicht an die Kodierempfehlungen der Expertengruppen des DGfM (Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.) und des MDK hält?
26. Liegt es in der Natur eines komplexen Systems mit über 13 000 systematischen und weiteren über 76 000 alphabetischen Diagnoseeinträgen sowie über 27 000 systematischen und weiteren fast 31 000 alphabetischen Prozedurenbezeichnungen, dass es häufig mehrere Kodiervarianten gibt, die viele Fehlermöglichkeiten bieten?

Berlin, den 20. April 2011

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

