

Krankenhaus-Report 2007

„Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 195-210



12	Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG: Methodik, praktische Erfahrungen und Ergebnisse in Baden-Württemberg	195
	<i>Peter Dirschedl und Matthias Mohrmann</i>	
12.1	Einleitung	195
12.2	Rechtsgrundlagen	196
12.3	Methodische Aspekte des Prüfverfahrens.....	197
12.3.1	Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG auf Bundesebene	197
12.3.2	Vereinbarung zum Prüfverfahren in Baden-Württemberg	199
12.4	Praktische Erfahrungen.....	200
12.5	Ergebnisse	201
12.6	Diskussion	206
12.6.1	Diskussion der Methodik	206
12.6.2	Diskussion der Ergebnisse	208
12.7	Fazit	209
12.8	Literatur	210

12 Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG: Methodik, praktische Erfahrungen und Ergebnisse in Baden-Württemberg

Peter Dirschedl und Matthias Mohrmann

Abstract

Seit der verpflichtenden Einführung des G-DRG-Systems als Basis der Vergütung von Krankenhausleistungen im Jahr 2004 werden in zunehmendem Umfang Krankenhausfälle durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Auftrag der Krankenkassen geprüft. Während die Möglichkeit verdachtsabhängiger Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V bereits vor Einführung des G-DRG-Systems bestand, wurde die Möglichkeit verdachtsunabhängiger Stichprobenprüfungen im Rahmen der Systemeinführung durch den Gesetzgeber neu geschaffen (§ 17c KHG). Diese Stichprobenprüfungen werden bislang in deutlich geringerem Umfang als die Einzelfallprüfungen durchgeführt. In Baden-Württemberg wurde – als erstem Bundesland – bereits im Jahr 2003 eine Vereinbarung zum Verfahren der Stichprobenprüfungen getroffen und ab dem Jahr 2004 entsprechende Prüfungen durchgeführt. Der Beitrag berichtet über die bisherigen praktischen Erfahrungen und Ergebnisse.

Since the obligatory implementation of a hospital remuneration system based on diagnosis related groups (G-DRG) in 2004, the correct billing of an increasing number of hospital cases has been examined by the medical review boards of the statutory health insurance funds (MDK). The legislator introduced systematic checks based on random samples (§ 17c KHG) along with the implementation of the DRG system, while the option to examine suspicious cases according to § 275 SGB V already existed before. Systematic checks are, however, rarely carried out. The first federal state to make an agreement on the procedure of the inspections was Baden-Württemberg as early as 2003, and systematic checks have been carried out since 2004. We report our experiences and results.

12.1 Einleitung

Mit der Einführung des G-DRG-Systems wurden dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erweiterte Prüfbefugnisse im Hinblick auf die Durchführung von Stichproben eingeräumt. Seither besteht die Möglichkeit, die vom Gesetzgeber im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Krankenhausträgern auf-

erlegten Verpflichtungen (Fehlbelegungen sowie vorzeitige Verlegungen oder Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen zu vermeiden und auf eine ordnungsgemäße Abrechnung der nach § 17b KHG vergüteten Krankenhausfälle hinzuwirken) auch verdachtsunabhängig zu prüfen. Während die Krankenkassen die Möglichkeit, bei bestehenden Auffälligkeiten Einzelfälle nach § 275 SGB V zu prüfen, bereits früh nach Einführung der G-DRG-Systems nutzten, wurden Stichprobenprüfungen erst in wenigen Bundesländern in relevantem Umfang durchgeführt (Blum et al. 2007; van Essen et al. 2007; Kuls/Weibler-Villalobos 2006). Wir berichten über die Erfahrungen und Ergebnisse des MDK Baden-Württemberg mit diesem Prüfverfahren.

12.2 Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlage für die Durchführung von Stichprobenprüfungen durch den MDK ist § 17c KHG:

- „ (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. ...“

In den beiden ersten Absätzen des § 17c KHG werden die Verpflichtungen des Krankenhausträgers, die Einleitung des Prüfverfahrens und die Prüfbefugnisse des MDK geregelt. Es ist darauf hinzuweisen, dass hier im Rahmen der gesetzlichen Neuregelungen (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ab 1. April 2007) bezüglich der Einleitung des Prüfverfahrens eine Modifikation vorgenommen wurde. Während das Prüfverfahren bis dahin durch die Krankenkassen nur gemeinsam eingeleitet werden konnte, ist dies jetzt durch einen Mehrheitsentscheid möglich.

Im darauffolgenden Absatz 3 des § 17c KHG werden Regelungen zur Umsetzung der Prüfergebnisse getroffen:

„(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; dabei kann auch die Verrechnung über das Erlösbudget oder die Fallpauschalen des folgenden Jahres vereinbart werden. Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen; für die Rückzahlung gilt das Verfahren nach Satz 3.“

Auch dieser Absatz erfuhr im Rahmen der gesetzlichen Neuregelungen ab 1. April 2007 eine Modifikation. Während bis dahin die Prüfung von zu niedrigen Abrechnungen auf die Jahre 2003 bis 2004 beschränkt war, wurde diese Einschränkung aufgehoben (Formulierung bis dahin: „Dabei ist in den Jahren 2003 bis 2004 ebenfalls zu prüfen, ...“).

In Absatz 4 wird ein Schlichtungsverfahren eingeführt und dem Schlichtungsausschuss die Aufgabe zugewiesen, das Nähere zum Prüfverfahren des MDK zu vereinbaren:

„... 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. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geben gemeinsam Empfehlungen zum Prüfverfahren ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Ausschuss. ...“

12.3 Methodische Aspekte des Prüfverfahrens

12.3.1 Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG auf Bundesebene

Mit Wirkung zum 15. April 2004 traten die Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG auf Bundesebene in Kraft (ergänzt um die Anlage 1 zur Datenübermittlung, Wirkung zum 1. Mai 2005). Die wesentlichen Inhalte werden im Folgenden im Sinne einer Übersicht zusammengefasst (Deutsche Krankenhausgesellschaft/Spitzenverbände der Krankenkassen 2004).

Der Zeitablauf des Prüfverfahrens wird in drei Phasen gegliedert, wobei die erste Phase sechs bis acht Wochen ab Unterrichtung des Krankenhauses über den Prüfauftrag für die Stichprobenziehung und Aktenbereitstellung vorsieht. Daran an-

schließlich kann die eigentliche Prüfung vor Ort im Krankenhaus bis zu acht Wochen in Anspruch nehmen und schließlich wird für die Erstellung des Prüfberichtes ebenfalls ein Zeitraum von bis zu acht Wochen festgelegt.

Die Stichprobe wird eingeschränkt auf Patientenakten von bereits entlassenen Patienten, bei denen die Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung nicht länger als 180 Kalendertage vor der Unterrichtung über Prüfauftrag erfolgt ist. Es wird festgelegt, dass die Stichprobe mit einem nicht manipulierbaren Algorithmus (z. B. Zufallszahlengenerator) zu ziehen ist und der Stichprobenumfang 5–12% der Grundgesamtheit zu betragen hat. Für spezielle Konstellationen (kleine Grundgesamtheiten) werden Mindestgrößen festgelegt (Mindestgröße der Stichprobe 30 Fälle bzw. bei Grundgesamtheiten unter 50 Fällen eine Vollerhebung). Das Nähere zum Stichprobenverfahren und zur Datenübermittlung wird in der bereits genannten Anlage 1 geregelt. Zu den Regelungen in der Anlage 1 ist ergänzend anzumerken, dass sich hierin auch Festlegungen zum Umgang mit bereits geprüften oder in Prüfung befindlichen Einzelfällen nach § 275 Abs. 1 SGB V finden, soweit diese im Rahmen der Stichprobe gezogen werden. Diese sind nicht in die Stichprobenprüfung einzubeziehen, sondern lediglich im Prüfbericht zahlenmäßig auszuweisen. Auf die Konsequenzen dieser Festlegung wird im Zusammenhang mit der Diskussion der Methodik eingegangen. Neben Details zum Prüfverfahren vor Ort (Tageszeit, Prüfferraum, Ansprechpartner etc.) wird in der Empfehlung den Vertragsparteien auch die Möglichkeit eingeräumt, externen Sachverstand hinzuzuziehen (z. B. Vertreter der Landeskrankengesellschaft bzw. der Landesverbände der Krankenkassen), wobei die gesetzlichen Anforderungen an den Schutz personenbezogener Daten zu beachten sind.

Als wesentlicher Verfahrensinhalt wird die Notwendigkeit einer fachlichen Erörterung aller beanstandeter Fälle zwischen den MDK-Prüfärzten und den Krankenhausärzten vorgesehen. Wenn kein fachlicher Konsens zu erzielen ist, sind diese Fälle und die abweichenden Auffassungen in ein Protokoll aufzunehmen. Nur die in dieser Weise als strittig protokollierten Fälle können zum Gegenstand eines anschließenden Schlichtungsverfahrens gemacht werden. Zur fachlichen Qualifikation der Prüfer wird auf den Facharztstandard gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer hingewiesen. Dabei müssen die MDK-Prüfer während der gesamten Prüfdauer auf einen zur geprüften Abteilung passenden Facharzt und dessen Anwesenheit bei den fachlichen Erörterungen beanstandeter Fälle zurückgreifen können.

Zu den Maßstäben der Überprüfung führt die Empfehlung zusammengefasst Folgendes aus:

Für die Prüfung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung gelten die gesetzlichen Vorgaben (§ 39 SGB V). Zur Frage der primären Fehlbelegung (fehlende Notwendigkeit zur vollstationären Krankenhausaufnahme) wird ergänzend ein Kriterienkatalog (G-AEP-Kriterien für die Notwendigkeit stationärer Aufnahme) eingeführt, wobei aber die Individualität der jeweils gegebenen medizinischen Sachverhalte zu berücksichtigen ist und die Möglichkeit, sich in der Behandlungs- bzw. Beurteilungsentscheidung nach ärztlichem Ermessen über die Kriterien hinwegzusetzen, erhalten bleibt (sogenannte Override-Option).

Zur Beurteilung einer vorzeitigen Entlassung oder Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen wird darauf hingewiesen, dass bei Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung eine Rehabilitationsfähigkeit des Patienten gegeben sein muss. Ansonsten werden keine detaillierten Prüfmaßstäbe genannt.

Zur Frage der ordnungsgemäßen Abrechnung (korrekte Kodierung und korrekte Angabe sonstiger abrechnungsrelevanter Daten) wird auf die jeweils gültigen Regelwerke verwiesen (Deutsche Kodierrichtlinien, Amtliche Schlüsselverzeichnisse, Vereinbarungen zu Abrechnungsregeln). In diesem Zusammenhang wird auch die Möglichkeit eingeräumt, einen zweiten MDK-Prüfarzt hinzuzuziehen, sofern das Ergebnis der Kodierprüfung des MDK-Prüfarztes von der Kodierung des Krankenhausarztes abweicht und sich dieser Dissens auch im Rahmen der anschließenden Erörterung nicht ausräumen lässt. Nur wenn beide MDK-Prüfarzte in Abweichung von der Kodierung durch den Krankenhausarzt zu derselben erlösrelevanten Kodierung kommen, soll ein solcher Fall als fehlerhaft bewertet werden.

Die Empfehlung umfasst ebenfalls eine mehrseitige Ausführung zu den Inhalten der zu erstellenden Prüfberichte (versicherterbezogener Prüfbericht, krankenhausbezogener Prüfbericht, landesbezogener Prüfbericht, bundesbezogener Prüfbericht) auf deren Erläuterung an dieser Stelle wegen geringer Relevanz für die eigentliche Prüfmethode verzichtet wird. Das Gleiche gilt für die Festlegungen zur Wiederholung der Prüfung.

Zur Auswertung und Umsetzung des Prüfergebnisses macht die Empfehlung folgende Ausführungen:

„... Bei der Auswertung ist zunächst der Umfang des Verstoßes gegen die Verpflichtungen des § 17c Abs. 1–3 KHG festzustellen, anschließend sind dessen Ursachen zu erforschen. Weiterhin ist über die daraus resultierenden Folgen zu beraten. Eine Verkürzung dieses Auswertungsprozesses durch bloße Hochrechnung des Prüfergebnisses auf die relevante oder eine beliebige Grundgesamtheit ist unzulässig.“

12.3.2 Vereinbarung zum Prüfverfahren in Baden-Württemberg

Die Landesvereinbarung zum Prüfverfahren in Baden-Württemberg wurde vor der Gemeinsamen Empfehlung auf Bundesebene abgeschlossen und ist nach Kenntnis der Autoren die bislang einzige Landesvereinbarung, die für einzelne Verfahrensschritte eigenständige – also von der Bundesempfehlung abweichende – Regelungen beinhaltet.

Der Gesamtprozess des Prüfverfahrens ist weitgehend identisch (Wagner/Ganse 2004). Da die Landesvereinbarung in Baden-Württemberg deutlich kürzer ist als die Bundesempfehlung, finden sich darin einige Detailregelungen nicht oder in vereinfachter Form (z. B. Regelung der Fristen für Vorbereitung und Durchführung der Prüfung). Soweit sich in der Bundesempfehlung methodisch wichtige Ergänzungen finden, werden diese auch in Baden-Württemberg angewandt (z. B. Zielsetzung/Umfang der Stichprobe) (Dirschedl et al. 2004).

12.4 Praktische Erfahrungen

Praktische Erfahrungen mit der Durchführung von Stichprobenprüfungen bestehen im MDK Baden-Württemberg seit 1997. Auf Basis des damals gültigen § 17a KHG und einer in diesem Zusammenhang zwischen den Landesorganisationen der Krankenkassen und der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Landesvereinbarung wurden in den Folgejahren über 80 Krankenhausabteilungen im Hinblick auf Fehlbelegung geprüft. Das Prüfverfahren war weitgehend identisch mit dem aktuellen Prüfverfahren nach § 17c KHG (Stichprobenziehung, Prüfung vor Ort, Erörterung beanstandeter Fälle). Darüber hinaus wurde bereits 2002 ein Modellprojekt zur stichprobenartigen Prüfung der Kodierqualität durchgeführt (Dirschedl et al. 2003). Aufgrund dieser Vorerfahrungen waren sowohl der Abschluss einer eigenen Landesvereinbarung als auch die Umsetzung der Prüfungen nach § 17c KHG erleichtert.

Entsprechend verfügte der MDK Baden-Württemberg bereits über eine Anzahl von Gutachtern, die Erfahrungen mit einem solchen Prüfverfahren hatten. Durch ein standardisiertes Schulungsprogramm wurde dieses Wissen bei den Gutachtern im Hinblick auf die neuen Prüfinhalte ergänzt. Dies war Voraussetzung für die Bildung einer ausreichenden Zahl von fachärztlich besetzten Prüfteams von – je nach Stichprobenumfang und Fachgebiet – zwei bis sechs Gutachtern. Diese erhielten die notwendige technische Ausrüstung in Form von Notebooks mit einem speziell für dieses Prüfverfahren entwickelten Erfassungs- und Auswertungsprogramm (Ko-Qua).

Die Auswahl der zu prüfenden Krankenhäuser erfolgt in Baden-Württemberg durch die Landesorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung. Für eine Stichprobenprüfung ausgewählt werden im Regelfall Krankenhäuser, die im Rahmen von Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V besondere Auffälligkeiten aufweisen und/oder bei denen ein relevantes Fehlbelegungspotenzial vermutet wird. Da die Regelungen des § 17c KHG für die Auswahl keine speziellen Vorgaben machen und Auffälligkeiten in der Einzelfallprüfung nicht unbedingt auf das Abrechnungs- bzw. Belegungsverhalten des jeweiligen Gesamthauses übertragen werden können, kam es auch schon vor, dass ein Krankenhaus zufällig ausgewählt wurde.

Die Vorbereitung der Prüfungen einschließlich der Einhaltung vorgesehener Fristen verläuft nach bisherigen Erfahrungen meist reibungslos. Auch ist die weit überwiegende Zahl der Krankenhäuser in der Lage, die vorgesehene elektronische Übermittlung der Prüfdaten entsprechend Anlage 1 der Gemeinsamen Empfehlung zum Prüfverfahren durchzuführen. Dies erleichtert und beschleunigt das eigentliche Prüfverfahren vor Ort und vermeidet Übertragungsfehler. Die Empfehlungen zur Stichprobengröße wurden ausnahmslos eingehalten und die durch das Krankenhaus bereitgestellten Akten waren überwiegend vollständig.

Die meisten der bisher durchgeführten Stichprobenprüfungen konnten innerhalb einer Woche abgeschlossen werden. Die längste umfasste 21 Arbeitstage, die kürzeste erforderte einen Arbeitstag. Die Dauer der Überprüfung vor Ort hängt neben der Größe der Stichprobe auch wesentlich von der Dokumentationsqualität, den Vorkenntnissen der Krankenhausmitarbeiter und deren Kooperationsbereitschaft ab. Ein wesentlicher Zeitfaktor sind die Gespräche zur Erörterung beanstandeter

Fälle. Diese verlaufen im Regelfall kollegial und sachorientiert, können aber – je nach Sachverhalt und Gesprächspartner – durchaus kontrovers und langwierig sein. Konflikte, die sich außerhalb der Sachebene bewegen, sind selten. Bezüglich der Kenntnis sozialrechtlicher Grundlagen der Prüfungen und der Regelwerke (Kodierrichtlinien) zeigt sich meist ein deutliches Gefälle zwischen dem Medizincontrolling und den Stations-, Ober- und Chefärzten der Kliniken.

Ein methodisches Problem stellt die Tatsache dar, dass bislang kein allgemein akzeptiertes Verfahren zur Umsetzung der Ergebnisse existiert. Entsprechend werden die Ergebnisse von den Vertragsparteien unterschiedlich gehandhabt. Meist wird lediglich eine Rückforderung von Rechnungsbeträgen im Hinblick auf die in der Stichprobe beanstandeten Einzelfälle vorgenommen. Zu einem Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss kam es bislang in Baden-Württemberg noch in keinem Fall.

12.5 Ergebnisse

Im Zeitraum von November 2004 bis März 2007 hat der MDK Baden-Württemberg im Auftrag der Landesorganisationen der GKV Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG in 21 Fachabteilungen an insgesamt 13 Krankenhäusern durchgeführt. Hinzu kam die fachabteilungsübergreifende Überprüfung von vier MDC-Gruppen (Major Diagnostic Categories: Hauptdiagnosegruppen) an einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Bei diesen Überprüfungen wurden durchweg alle drei möglichen Prüfinhalte (primäre und sekundäre Fehlbelegung, vorzeitige Entlassung oder Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen und ordnungsgemäße Abrechnung) überprüft. Aufgrund der methodischen Vorgaben zum Prüfzeitraum und zur Stichprobengröße fanden insgesamt 2.037 Behandlungsfälle aus den Jahren 2004, 2005 und 2006 Eingang in die Prüfungen. Die kleinste Stichprobe umfasste 32 Behandlungsfälle (kleine Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde), die größte 534 Behandlungsfälle (vier Abteilungen an einem Krankenhaus der Zentralversorgung). Unter den geprüften Fachabteilungen waren sieben Abteilungen für Chirurgie (Allgemein- und Unfallchirurgie), fünf Abteilungen für Innere Medizin, vier Abteilungen für Gynäkologie, vier HNO-Abteilungen und eine Abteilung für Urologie. Bei der erwähnten Prüfung nach MDC-Gruppen (MDC 03, 06, 09 und 13) waren insgesamt 14 verschiedenen Fachabteilungen einbezogen. Die geprüften Krankenhäuser umfassten in unterschiedlicher Häufigkeit alle Versorgungsstufen (je ein Haus der Grund- und Maximalversorgung, zwei Fachkrankenhäuser, fünf Häuser der Regelversorgung und vier Häuser der Zentralversorgung).

Im Durchschnitt waren 80,1 % der geprüften Fälle ohne Beanstandung (geringster Wert: 64,6%; höchster Wert: 90,2%). Die beanstandeten Fälle verteilten sich sehr unterschiedlich auf die Prüfinhalte. Im Durchschnitt wurden 5,8 % der geprüften Fälle bezüglich primärer Fehlbelegung beanstandet (geringster Wert: 1,3%; höchster Wert: 18,3%). Im Durchschnitt lediglich 1 % der Fälle wurde bezüglich sekundärer Fehlbelegung beanstandet (geringster Wert: 0%; höchster Wert: 6,1 %). Hierzu ist methodisch anzumerken, dass im Rahmen von Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG in Baden-Württemberg nur DRG-Fälle auf sekundäre Fehlbele-

gung geprüft wurden, bei denen es zu einer Überschreitung der oberen Grenzerweildauer kam (§ 17c Abs.1 Nr.1 KHG: „...bei Abrechnung tagesbezogener Pflegesätze keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen ...“)¹. Der höchste Anteil von Beanstandungen entfiel mit durchschnittlich 13,1% (geringster Wert: 0%; höchster Wert: 21,3%) auf die ordnungsgemäße Abrechnung. Bezüglich des Prüfinhaltes der vorzeitigen Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen ergaben sich in keiner Prüfung Beanstandungen. Insgesamt führten die in den Stichprobenprüfungen beanstandeten Fälle zu einem Differenzbetrag von 117,494 effektiven Relativgewichten, was einer durchschnittlichen Reduktion des Abrechnungsbetrages um 5,36% entspricht (geringster Wert: 3,3%; höchster Wert: 31,79%) (Tabelle 12–1).

Betrachtet man die Ergebnisse im Zeitverlauf, liegt der Anteil nicht beanstandeter Fälle im Stichprobenzeitraum 2004 (n = 967) bei 75,7%. Er steigt für den Stichprobenzeitraum 2005 (n = 866) auf 86,9% und geht im Stichprobenzeitraum 2006 (n = 204) wieder auf 67,6% zurück. Betrachtet man lediglich den Anteil der korrekten Abrechnungen (Kodierverhalten), ergibt sich ein noch deutlicherer Anstieg der nicht beanstandeten Fälle zwischen 2004 und 2005 von 81,2 auf 93,5% und ein – gegenüber den Gesamtbeanstandungen – weit weniger ausgeprägter Rückgang auf 86,3% im Prüfzeitraum 2006. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die im Stichprobenzeitraum 2006 begutachteten Fälle sich sowohl von der Gesamtzahl als auch in der Versorgungsstufe gegenüber 2004 und 2005 deutlich unterscheiden (Abbildung 12–1 und 12–2, Tabelle 12–2).

Eine Besonderheit bei der Bewertung der Ergebnisse im Zeitverlauf ergibt sich dadurch, dass für Stichprobenprüfungen, deren Prüfzeiträume Fälle aus dem Jahr 2004 umfassten (neun Abteilungen an vier Krankenhäusern), im Prüfergebnis auch Fälle berücksichtigt wurden, bei denen nach Einschätzung der Gutachter zu niedrige Abrechnungen vorlagen. Dies entsprach der gesetzlichen Vorgabe des § 17c Abs. 3 KHG („Dabei ist in den Jahren 2003 bis 2004 ebenfalls zu prüfen, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind.“). Betrachtet man diese Subgruppe gesondert, zeigt sich bei den beanstandeten Fällen mehr als ein Drittel (36,8%), die zugunsten des Krankenhauses beanstandet wurden (zu niedrige Abrechnungen). Die in diesem Fall resultierende Erhöhung der effektiven Relativgewichte kompensierte mehr als die Hälfte der festgestellten überhöhten Abrechnungen. Da diese Regelung nur für Fälle aus 2003 und 2004 Gültigkeit hatte, finden sich entsprechende Kompensationseffekte bei den Ergebnissen der übrigen Prüfungen nicht mehr. Wie bereits im Abschnitt Rechtsgrundlagen erläutert, wurde durch die Gesetzesänderung zum 1. April 2007 diese Einschränkung aufgehoben, sodass bei künftigen Prüfungen entsprechende Kompensationseffekte wieder auftreten können (Tabelle 12–3).

¹ Anmerkung: Im Verständnis der gesetzlichen Vorgaben bestehen hierzu unterschiedliche Auffassungen, insbesondere in der Frage, ob auch Fälle einzubeziehen sind, bei denen es durch Beanstandung von sekundärer Fehlbelegung zu Abschlüssen wegen Unterschreiten der unteren Grenzerweildauer kommen kann.

Tabelle 12-1

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen: Übersicht

Geprüfte Kliniken	Versorgungsstufe	Geprüfte Abteilungen	Stichprobe	Anzahl Fälle ohne Beanstandung	Anteil Fälle ohne Beanstandung (%)	Effektives Relativ-Gewicht KH	Effektives Relativ-Gewicht MDK	Differenz absolut	Differenz (%)
KH 1	Zentral	Ch	74	60	81,1	132,156	128,319	-3,837	-2,9
KH 2	Zentral	Ch, Gyn	202	147	72,8	246,722	238,561	-8,161	-3,3
KH 3	Zentral	Ch, I, Gyn, U	534	397	74,3	708,95	673,249	-35,701	-5,04
KH 4	Regel	Ch, I	157	128	81,5	146,976	141,524	-5,452	-3,71
KH 5	Regel	HNO	32	28	87,5	19,47	17,557	-1,913	-9,83
KH 6	Regel	HNO	33	27	81,8	18,055	16,177	-1,878	-10,4
KH 7	Regel	I	94	71	75,5	98,408	90,076	-8,332	-8,47
KH 8	Regel	Ch, Gyn, HNO	222	199	89,6	231,448	220,852	-10,596	-4,58
KH 9	Zentral	HNO	65	57	87,7	52,097	49,362	-2,735	-5,25
KH 10	Maximal	MDC 03, 06, 09, 13	420	379	90,2	422,623	408,499	-14,124	-3,34
KH 11	FachKH	I	71	51	71,8	46,106	36,429	-9,677	-20,99
KH 12	FachKH	Ch	34	23	67,6	16,034	10,937	-5,097	-31,79
KH 13	Grund	CH, I, Gyn	99	64	64,6	54,446	44,435	-10,011	-18,39
			Summe:	Summe:	Mittelwert:	Summe:	Summe:	Summe:	Mittelwert:
			2 037	1 631	80,1	2 193,491	2 075,977	-117,514	-5,36

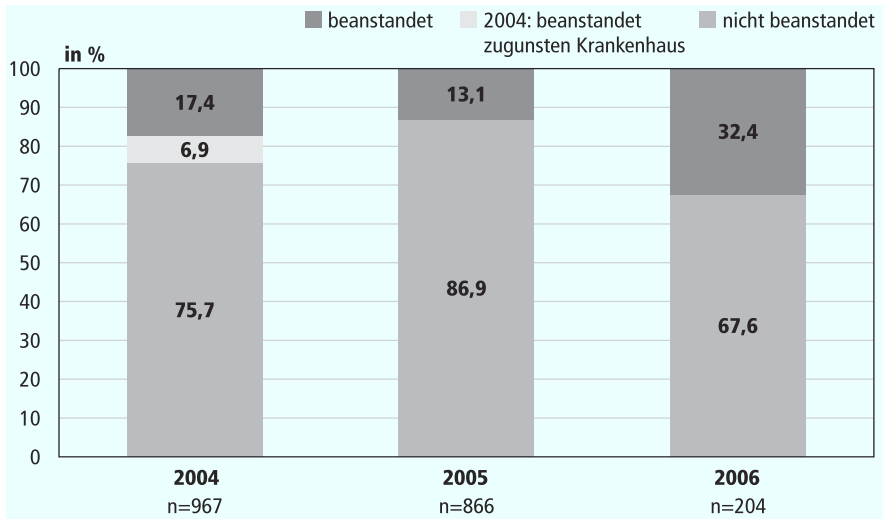
* Hinweis: die angegebenen Mittelwerte sind fallzahlgewichtet

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Abbildung 12–1

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen im Zeitverlauf: Gesamtergebnisse

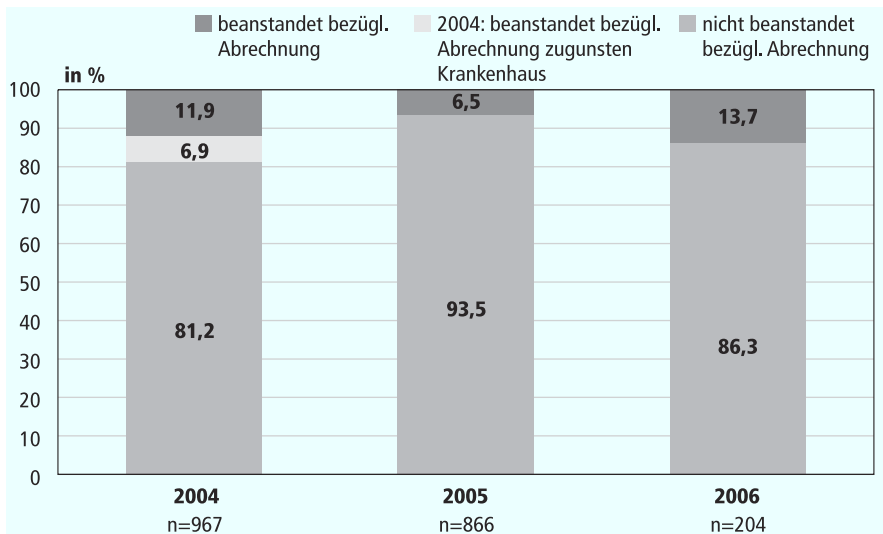


Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Abbildung 12–2

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen im Zeitverlauf: Ordnungsgemäße Abrechnung



Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Tabelle 12-2

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen: Differenzierung der beanstandeten Fälle nach dem Grund der Beanstandung

Geprüfte Kliniken	Versorgungsstufe	Stichprobenzeitraum	Stichprobe	Beanstandete Fälle gesamt	Anzahl Primäre Fehlbelegung	Anteil Primäre Fehlbelegung (%)	Anzahl Sekundäre Fehlbelegung	Anteil Sekundäre Fehlbelegung (%)	Anzahl Abrechnung beanstandet	Anteil Abrechnung beanstandet (%)
KH 1	Zentral	2004	74	14	2	2,7	0	0	12	16,2
KH 2	Zentral	2004	202	55	14	6,9	4	2	37	18,3
KH 3	Zentral	2004	534	137	26	4,9	5	0,9	106	19,9
KH 4	Regel	2004	157	29	2	1,3	0	0	27	17,2
KH 5	Regel	2005	32	4	3	9,4	0	0	1	3,1
KH 6	Regel	2005	33	6	6	18,2	0	0	0	0
KH 7	Regel	2005	94	23	2	2,1	1	1,1	20	21,3
KH 8	Regel	2005	222	23	8	3,6	5	2,3	10	4,5
KH 9	Zentral	2005	65	8	6	9,2	0	0	2	3,1
KH 10	Maximal	2005	420	41	18	4,3	0	0	23	5,5
KH 11	FachKH	2006	71	20	13	18,3	0	0	7	9,9
KH 12	FachKH	2006	34	11	11	32,4	0	0	0	0
KH 13	Grund	2006	99	35	8	8,1	6	6,1	21	21,2
			Summe:	Summe:	Summe:	Mittelwert:	Summe:	Mittelwert:	Summe:	Mittelwert:
			2037	406	119	5,8	21	1	266	13,1

* Hinweis: die angegebenen Mittelwerte sind fallzahlengewichtet

Tabelle 12–3

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen: Stichprobenzeitraum 2004, Beanstandungen der ordnungsgemäßen Abrechnung

Geprüfte Kliniken	Abrechnung beanstandet zu Gunsten KH				Abrechnung beanstandet zu Gunsten Kasse			
	Anzahl Fälle	Eff.Rel. Gew. KH	Eff.Rel. Gew. MDK	Differenz	Anzahl Fälle	Eff.Rel. Gew. KH	Eff.Rel. Gew. MDK	Differenz
KH 1	3	3,839	5,972	2,133	9	17,106	11,136	-5,97
KH 2	20	28,053	35,84	7,787	17	30,566	21,682	-8,884
KH 3	36	45,55	63,192	17,642	70	118,759	82,344	-36,415
KH 4	8	9,464	11,535	2,071	19	22,756	16,777	-5,979
Summe	67	86,906	116,539	29,633	115	189,187	131,939	-57,248

Krankenhaus-Report 2007

WlD0

12.6 Diskussion

12.6.1 Diskussion der Methodik

Die Stichprobenziehung im Prüfverfahren nach § 17c KHG erfolgt im Sinne einer Zufallsstichprobe aus der durch den Prüfauftrag definierten Grundgesamtheit. Bei Einhaltung der üblichen Vorgaben für eine Zufallsstichprobe (z. B. Zufallszahlen-generator) ist dies methodisch zunächst unproblematisch und bietet die Voraussetzungen für eine repräsentative Aussage über die Grundgesamtheit. Die vereinbarte Festlegung des Stichprobenzeitraums auf sechs Monate vor Mitteilung des Prüfauftrages stellt einen Kompromiss zwischen intendierter Zeitnähe zwischen Fallabschluss und Prüfung auf der einen Seite und dem Ziel eines repräsentativen Gesamtzeitraumes auf der anderen Seite dar. Verzerrungen der Stichprobe durch saisonale Schwankungen in der Belegung sind bei einem Sechs-Monats-Zeitraum natürlich nicht auszuschließen. Relevant kann dies in erster Linie im Hinblick auf die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (Fehlbelegung) sein (z. B. Urlaubszeiten, Feiertage). Ein Einfluss auf das Abrechnungs-(Kodier-)Verhalten von Krankenhäusern in Abhängigkeit von der unterjährigen Erlösentwicklung (sich abzeichnende Mehr- oder Mindererlöse) und ein daraus resultierender Einfluss auf die Prüfergebnisse in Abhängigkeit vom Prüfzeitraum sind ebenfalls nicht auszuschließen.

Der Umfang der Stichprobe ist durch die Gemeinsame Empfehlung auf Bundesebene normativ festgelegt. Bei solch normativen Festlegungen ohne die Möglichkeit, mittels einer durch Pre-Test ermittelten Anpassung der Stichprobengröße an die erwartete Fehlerhäufigkeit nachzusteuern, besteht methodisch die Gefahr einer Unter- oder Überschätzung der geprüften Merkmalsausprägung. Andererseits ergeben sich – insbesondere bei umfangreichen Grundgesamtheiten – durch die Festlegung Stichprobengrößen, die eine hinreichende Aussagefähigkeit annehmen lassen.

Als problematischer in der Anwendung hat sich die im Jahr 2005 auf Bundesebene ergänzte Regelung erwiesen, Einzelfälle, die bereits durch den MDK geprüft

worden sind oder sich in Prüfung befinden, bei der Stichprobenprüfung nicht einzubeziehen. Während zum Zeitpunkt der Einführung noch davon ausgegangen werden konnte, dass die dadurch intendierte Vereinfachung des Prüfverfahrens aufgrund der geringen Zahl nur zu einer vernachlässigbaren Beeinflussung des Stichprobenergebnisses führen würde, zeigten sich bei einzelnen Stichprobenprüfungen doch relevante Ergebnisverzerrungen. Die Regelung, diese Fälle nur summarisch zu erfassen und nicht im Hinblick auf den tatsächlichen Ergebniswert (effektives Relativgewicht), erschwert zusätzlich eine Einschätzung des Effekts. Entsprechend kritisch wird diese Regelung in der Literatur diskutiert (van Essen et al. 2007; Modrack/Weibler-Villalobos 2007). In Baden-Württemberg wurde diesem methodischen Problem dadurch begegnet, dass ab dem Jahr 2006 (Stichprobenzeitraum) im Vorfeld von geplanten Stichprobenprüfungen die Zahl der Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V jeweils deutlich reduziert wurde, um die erwähnte Verzerrung des Stichprobenergebnisses zu vermeiden.

Die Durchführung der Prüfung durch MDK-Gutachter im Krankenhaus unter Einsichtnahme in die vollständige Patientendokumentation und Erörterung aller beanstandeten Fälle hat sich als geeignetes Verfahren erwiesen und findet weitgehend Akzeptanz. Dieses Verfahren ermöglicht die Berücksichtigung aller verfügbaren Beurteilungsgrundlagen einschließlich der Möglichkeit, kritische Sachverhalte direkt zu besprechen. Einige Regelungen der Gemeinsamen Empfehlung auf Bundesebene haben sich – entgegen der ursprünglichen Annahme – als wenig relevant erwiesen, von ihnen wird in der Praxis kaum Gebrauch gemacht (z. B. Hinzuziehung von externem Sachverstand).

Das German Appropriateness Evaluation Protocol (G-AEP) wurde – im Nachgang zu seiner Einführung bei Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG – ab 01.04.2005 auch als Kriterienkatalog im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V eingeführt („Allgemeine Tatbestände bei Kategorie 1-Leistungen“). Entsprechend hoch ist der Bekanntheitsgrad. Dadurch wird die Diskussion und Anwendung dieser Kriterien bei Stichprobenprüfungen erleichtert. Nach eigenen Erfahrungen hat die Einführung des Kriterienkataloges das Problembewusstsein im Hinblick auf die Vermeidung von Fehlbelegungen in den Kliniken gefördert. Auch die gutachterliche Bewertung auf Basis der rechtlichen Grundlagen (§ 39 SGB V) ist durch den ständigen Dialog im Rahmen der Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V zwischenzeitlich in den Kliniken weitgehend bekannt. Die Anwendung der Regelwerke bei Kodierung und Abrechnung stellt für die meisten Kliniken – zumindest auf Ebene des Medizincontrolling – alltägliche Routine dar.

Eine wesentliche Beeinträchtigung erfahren die Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG durch die bislang nicht befriedigend geregelte Umsetzung der Ergebnisse. Entgegen der gesetzgeberischen Intention, über die Vereinbarung eines pauschalierten Ausgleichsverfahrens durch die Vertragsparteien eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden (§ 17c Abs. 3 Satz 3 KHG), wurde hierfür bislang kein allgemein akzeptierter Ansatz gefunden. Die bereits erwähnte Formulierung in der Gemeinsamen Empfehlung zum Prüfverfahren auf Bundesebene („Eine Verkürzung dieses Auswertungsprozesses durch bloße Hochrechnung des Prüfergebnisses auf die relevante oder eine beliebige Grundgesamtheit ist unzulässig.“) bietet ebenfalls keinen methodischen Ansatz. Aufgrund der naturgemäß divergierenden Interessenslage bei der Umsetzung zwischen den Vertragsparteien

erscheint fraglich, ob auf diesem Wege langfristig eine Lösung möglich ist, obwohl dies für die Anwendung des Verfahrens von entscheidender Bedeutung wäre.

12.6.2 Diskussion der Ergebnisse

Erwartungsgemäß fanden sich in den ausgewerteten Stichprobenprüfungen deutlich weniger Beanstandungen hinsichtlich der ordnungsgemäßen Abrechnung, als dies bei der Prüfung ausgewählter Einzelfälle berichtet wird (Dirschedl et al. 2007; Schäfer/Buszello 2006; Winten/Asche 2006). Da bei der Prüfung von Einzelfällen nach § 275 SGB V dem eigentlichen Begutachtungsverfahren ein oftmals mehrstufiges Auswahlverfahren vorangeht, während bei den Stichprobenprüfungen – bezogen auf die zu prüfende Klinik/Abteilung – Zufallsstichproben gezogen werden, war dieser Unterschied zu erwarten. Entsprechend gestatten Einzelfallprüfungen auch keine repräsentative Aussage über die Qualität der Abrechnung und Kodierung in den Krankenhäusern insgesamt. Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG können hingegen Hinweise darauf geben, in welcher Größenordnung dieses Problem besteht (Holzwarth 2005). Das Gleiche gilt für die Frage, ob und in welchem Umfang unter den Bedingungen des G-DRG-Systems die Problematik der Fehlbelegung noch eine Rolle spielt.

In Übereinstimmung mit anderen Autoren (van Essen et al. 2007; Modrack/Weibler-Villalobos 2007) ist hierbei kritisch anzumerken, dass aufgrund der Festlegung, dass vorgeprüfte Einzelfälle aus der Stichprobe ausgeschlossen werden (siehe Diskussion der Methodik), von einer Verzerrung des Stichprobenergebnisses zu Gunsten der Krankenhäuser ausgegangen werden muss. Der Umfang dieses Einflusses konnte bei der Auswertung der Prüfung in Baden-Württemberg nicht bestimmt werden, da die Landesempfehlung zum Prüfverfahren dies nicht vorsieht. In der Literatur wird von einer Beeinflussung der Beanstandungsquote um etwa 5% (van Essen et al. 2007) und einer Beeinflussung der errechneten Relativgewichte um etwa 2% – allerdings mit erheblichen Schwankungen – ausgegangen (Modrack/Weibler-Villalobos 2007).

Insgesamt zeigt die Auswertung der Ergebnisse in Baden-Württemberg eine deutlich höhere Beanstandungsquote bezüglich der ordnungsgemäßen Abrechnung als im Hinblick auf Fehlbelegung. Während im Durchschnitt 13,1% der Abrechnungen beanstandet wurden, fanden sich lediglich 5,8% Beanstandungen zur primären Fehlbelegung. Die Beanstandungen zur sekundären Fehlbelegung waren mit einem Anteil von durchschnittlich 1% sehr selten. Hier muss allerdings die Einschränkung berücksichtigt werden, dass nur Fälle einbezogen wurden, deren Verweildauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer lag. Die Anzahl dieser Fälle ist erfahrungsgemäß gering. Während die Ergebnisse insgesamt eine erhebliche Streuung aufwiesen, war diese bei den Beanstandungen zur primären Fehlbelegung am deutlichsten (Anteile zwischen 1,3 und 32,4%). Obwohl Prüfungen an Krankenhausabteilungen aller Versorgungsstufen durchgeführt wurden, erlaubt die Gesamtzahl noch keine belastbare Aussage, ob hier Zusammenhänge bestehen. Auffallend war allerdings, dass sich die höchsten Anteile von Beanstandungen bezüglich primärer Fehlbelegung an zwei kleineren Fachkrankenhäusern mit einem sehr spezifischen Leistungsspektrum an der Schnittstelle zum ambulanten Operieren fanden.

Die Ergebnisse im Zeitverlauf zeigen zwischen den Jahren 2004 und 2005 sowie 2004 und 2006 einen Rückgang der Beanstandungen bezüglich der Abrechnung, wie dies auch von anderen Autoren berichtet wird (Modrack/Weibler-Villalobos 2007). Dies dürfte der erwarteten Verbesserung der Kodierqualität in einem lernenden System entsprechen. Dass sich dieser Verlauf für die Gesamtbeanstandungen (also einschließlich Fehlbelegung) nicht analog darstellt, dürfte auf mehrere Einflussfaktoren zurückzuführen sein. Während der Anteil ordnungsgemäßer Abrechnungen im Wesentlichen von der Kodierqualität des Krankenhauses abhängt, ist das Belegungsverhalten (Fehlbelegung) im Wesentlichen vom Leistungsspektrum abhängig, wie das Beispiel der bereits erwähnten Fachkliniken zeigt. Dass sich der zwischen 2004 und 2005 beobachtete Rückgang der Beanstandungen in unseren Ergebnissen für Prüfungen mit Stichprobenzeitraum 2006 nicht fortsetzt, kann mehrere Ursachen haben. Zum einen sind die geprüften Krankenhäuser weder nach Größe noch Versorgungsstufe mit den geprüften Krankenhäusern der Vorjahre vergleichbar. Zum anderen wurde – wie bereits erwähnt – in diesen Fällen der erwähnten Verzerrung der Stichprobe durch Ausschluss bereits vorgeprüfter Einzelfälle dadurch entgegengewirkt, dass im Vorfeld der Stichprobenprüfungen die Einzelfallprüfungen deutlich reduziert wurden.

Wie in der Ergebnisdarstellung gezeigt, ergaben sich in den Stichprobenprüfungen erwartungsgemäß nicht nur falsch zu hohe, sondern auch falsch zu niedrige Abrechnungen. Für den Stichprobenzeitraum 2004 fanden sich diese in durchaus relevantem Umfang (mehr als ein Drittel der beanstandeten Fälle). Die Entwicklung dieses Anteils kann im Zeitverlauf bislang leider nicht dargestellt werden, da die Auswertung dieser Fälle im Prüfergebnis gesetzlich nur bis zum Jahr 2004 vorgesehen war. Aufgrund der Gesetzesänderung im Rahmen des GKV-WSG können diese Fälle aber künftig wieder ausgewertet werden, sodass auch hieraus langfristig Aussagen über das Kodierverhalten der Krankenhäuser möglich sein werden.

12.7 Fazit

Die bisher in Baden-Württemberg durchgeführten Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG haben gezeigt, dass Vorbereitung und Durchführung des Prüfverfahrens auch bei größeren Stichprobenumfängen praktikabel sind. Die Durchführung dieser Überprüfungen gehört inzwischen zur gutachterlichen Routine. Bei den meisten der geprüften Krankenhäuser fand das Verfahren Akzeptanz. Die Stichprobenprüfungen eröffnen die Möglichkeit, belastbare Informationen über die Abrechnungsqualität und das Belegungsverhalten in Krankenhäusern zu erhalten. Die Aussagefähigkeit solcher Stichprobenprüfungen ist im Hinblick auf die Entwicklung des „lernenden Systems“ schon aufgrund des methodischen Ansatzes wesentlich höher als die Ergebnisse von Einzelfallbegutachtungen nach § 275 SGB V. Obwohl Stichprobenprüfungen sicherlich nicht dazu geeignet sind, die Überprüfung auffälliger Einzelfälle vollständig zu ersetzen, sind Modelle denkbar, bei denen sich diese beiden methodischen Ansätze sinnvoll ergänzen. Beispielsweise könnte der Umfang von Einzelfallprüfungen an das Ergebnis von turnusmäßig durchgeführten Stichprobenprüfungen angepasst werden („Zertifizierung“ von Krankenhäusern mit gu-

ter Kodierqualität). Voraussetzung hierfür wäre allerdings, dass die Verfahrensbeteiligten für die bislang offene Umsetzung der Prüfergebnisse eine einheitliche und praktikable Lösung finden und vereinbaren. Sollte dies gelingen, könnten Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG langfristig einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems leisten.

12.8 Literatur

- Blum K, Offermanns M, Schilz P. Drei Jahre Anwendung des G-DRG-Systems in den Krankenhäusern – Ergebnisse des DKI-Krankenhaus Barometers 2006. *Das Krankenhaus* 2/2007; 109–12.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17cKHG. *Das Krankenhaus* 5/2004; 342–8.
- Dirschedl P, Funk R, Heine U, Mohrmann M. DRG-Prüfergebnis im Ländervergleich: MDK Baden-Württemberg und MDK Westfalen-Lippe. *Das Gesundheitswesen* 2007; 69: 141–5.
- Dirschedl P, Reichle M, Röther M. Modellprojekt Kodierqualität. *Das Gesundheitswesen* 2003; 65: 8–18.
- Dirschedl P, Waibel B, Lemminger J, Mohrmann M. Stichprobenprüfungen im G-DRG-System: Empfehlungen zum Prüfverfahren auf Bundes- und Landesebene – ein kritischer Vergleich. *Das Gesundheitswesen* 2004; 66: 616.
- Essen J van, Hübner M, von Mittelstaedt G. Die Stichprobenprüfung nach § 17c KHG – Erfahrungsbericht aus Krankenhäusern der Maximalversorgung in Hessen. *Das Gesundheitswesen* 2007; 69: 137–40.
- Holzwarth F. Kodierqualität immer noch ein Problem. *krankenhaus umschau* 8/2005; 678–81.
- Kuls G, Weibler-Villalobos U. DRG-Kodierqualität in Krankenhäusern hat sich nicht verbessert. *Die BKK* 12/2006; 560–2.
- Modrack M, Weibler-Villalobos U. Krankenhaus: Stichprobenprüfungen sind wichtiges Prüfinstrument. *MDK-Forum* 1/2007; 12–3.
- Schäfer R, Buszello H. Kassen ziehen Nutzen aus DRG-Auswertung des MDK Nordrhein. *MDK-Forum* 1/2006; 7–11.
- Wagener A, Ganse T. Stichprobenprüfungen im Krankenhaus. *Das Krankenhaus* 5/2004; 333–41.
- Winten C, Asche P. 17c-Verfahren sind weniger gefährlich als 275er-Prüfungen. *f&w* 4/2006; 400–3.