

Mehr als 96 Prozent aller Krankenhausrechnungen sind korrekt kodiert!

Kürzung der Rechnungen zum größten Teil wegen Überversorgung der Patienten,
mangelhafter Regelwerke und widersprüchlicher Sozialgerichtsurteile!

Der MDK Nordrhein belegt mit seinen am 13. Februar 2019 veröffentlichten Daten erstmals, dass ein Großteil der von ihm korrigierten Fälle nicht wegen falscher Abrechnungsdaten geändert wurde, sondern weil die Patienten im Krankenhaus mehr Leistungen erhalten haben, als die gesetzlichen Krankenkassen ihnen aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 39 SGB V („ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich“) zugestehen. Sie wurden also zum größten Teil in einer aus Sicht des MDK nicht angemessenen Versorgungsstufe behandelt oder lagen zu lange im Krankenhaus. Aber woran liegt das?

Der geringste Teil aller stationär behandelten Patienten (< 4 Prozent) wurde aus Sicht des MDK Nordrhein falsch kodiert, also mit angeblich nicht korrekten Diagnose- und Prozedurenkodes versehen bzw. in der Medizinischen Dokumentation waren die für den Kode erforderlichen Informationen nicht ausreichend belegt. Die Gründe für Kodierkorrekturen sind Insidern seit langem bekannt. Bestimmte Fallkonstellationen sind in den aktuell gültigen Regelwerken nur unzureichend oder missverständlich abgebildet. Die Abrechnung vollstationärer Krankenhausleistungen bietet deshalb aufgrund unklarer Definitionen und Regelungen einen großen Interpretationsspielraum, der von allen Seiten ausgenutzt wird. Dazu später mehr.

Verzerrte Darstellung der Ergebnisse in der Öffentlichkeit

Bei der Darstellung von Auswertungsdaten rund um die Fallprüfung in deutschen Krankenhäusern ist es im Gesundheitswesen anscheinend gesellschaftsfähig geworden, falsche oder verzerrte Informationen öffentlichkeitswirksam zu präsentieren und durch entsprechende Schlagzeilen zu polarisieren. Diese falschen Zahlen werden unkritisch von Dritten übernommen (z. B. SPIEGEL Online vom 22.02.2019: Betrug im Krankenhaus „*Alle bescheißen sich gegenseitig, dass sich die Balken biegen. Tricksen, täuschen, therapieren ...*“).

Deshalb versuchen wir, einige Zahlen des angeblichen Abrechnungsbetruges zu relativieren und die den Problemen zugrundeliegenden Ursachen im entsprechenden Kontext zu bewerten. Dazu nutzen wir die kürzlich veröffentlichten Daten des unabhängigen MDK Nordrhein.

Zunächst einmal ist festzustellen, dass es für den Bereich der Krankenhausabrechnung keine validen Auswertungszahlen gibt, die nur näherungsweise eine vom **1. Senat des Bundesverfassungsgerichts** unterstellte Falschabrechnungsquote von 40 Prozent belegen könnten (s. Kommentar zum Beschluss vom 26.11.2018, veröffentlicht 08.01.2019: 1BvR 318/17; 1BvR 1474/17; 1BvR 2207/17). Wenn schon die obersten Verfassungsrichter unseres Landes die Probleme nicht verstehen bzw. nicht richtig einordnen können, verwundern die falschen Interpretationen durch Boulevardpresse und Krankenkassen nicht.

Weder von den Kostenträgern noch von Medizinischen Diensten und erst recht nicht von den Krankenhäusern existieren öffentlich zugängliche Abrechnungsauswertungen der letzten 16 Jahre. Es sind zwar vereinzelt Umfrageergebnisse veröffentlicht worden (nachzulesen z.B. bei www.medinfoweb.de: Ergebnisse der Frühjahrsumfrage 2007 bis 2015); allerdings zählen die Quoten zu den gut gehüteten Geheimnissen im Gesundheitswesen. Die genannten Umfrageergebnisse liegen allerdings schon viele Jahre zurück und können auch seit 2016 nicht mehr als repräsentativ angesehen werden, da sich die Rahmenbedingungen u. a. durch die Einführung der PrüfvV und Urteile der Sozialgerichtsurteile geändert haben.

Aus den nun kürzlich vom MDK Nordrhein publizierten Zahlen lassen sich allerdings rein statistisch gesehen Informationen ableiten, die einige „Fake-News“ der letzten Monate und Jahre in einem anderen Licht erscheinen lassen – insbesondere im Zusammenhang mit der Klagewelle durch deutsche Krankenkassen aufgrund der im PpSG neu geregelten Verjährungsfristen.

Die durch den MDK geänderten Abrechnungsfälle der Krankenhäuser sind nicht nur statistisch auf die Grundgesamtheit aller Fälle zu beziehen, sondern auch im Kontext der jeweiligen Versorgungssituation vor Ort im niedergelassenen Bereich zu betrachten (Notfallaufnahmen/ Ambulantes Potential/ Untere Grenzverweildauer/ Obere Grenzverweildauer).

Regelwerke für die Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen

Zudem sind die in der Verantwortung der **Selbstverwaltung** (GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) stehenden Regelungsinstrumente der Krankenhausabrechnung für die Verschlüsselung und Abrechnung (Deutsche Kodierrichtlinien **DKR** und Fallpauschalenvereinbarung **FPV**) in den letzten Jahren sträflich vernachlässigt bzw. gar nicht erst weiter entwickelt worden. Anpassungen bzw. Lösungen für die bekannten Probleme werden von Praktikern aus Krankenhäusern und auch vom MDK gefordert; die Selbstverwaltung reagiert aber nicht.

Sowohl der Medizinische Dienst (SEG 4-Kodierempfehlungen des MDS) als auch die DGfM (Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling - FoKA) entwickeln stattdessen Kodier- und Abrechnungsempfehlungen, die allerdings keinen rechtsverbindlichen Charakter haben. Dass beide Expertengremien häufig nicht zu den gleichen Ergebnissen kommen liegt auf der Hand. Wer hat aber nun Recht?

Lösen könnte dieses Problem nur die **Selbstverwaltung**; sie tut es aber nicht. Diese Selbstblockade führt auch nach 16 Jahren G-DRG-System zu zahlreichen nicht eindeutig geklärten Abrechnungsfragen, deren Klärung dann den Sozialgerichten mit ihren jeweiligen Gutachtern überlassen wird (z. B. Kodierung der Komplikationscodes: T80-T88 versus Y-Kodierung/ Zählweise der Beatmungstunden). Details dazu führen wir später aus.

Die im Jahr 2015 eingeführte und im Jahr 2017 angepasste **Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV)** sollte zur Entbürokratisierung der Abrechnungsprüfungen beitragen. Obwohl allen Experten die nach wie vor problematischen Punkte bekannt sind (z. B. die elektronische Daten- und Unterlagenübermittlung an den MDK/ Umgang mit Dissens-Fällen/ Regelung des Nachverfahrens), hat sich auch für 2019 nichts geändert.

Unabhängig von den aktuellen Regelungen zur PrüfV ist zu beachten, dass nicht jeder vom MDK geänderte Fall auch von den Krankenhäusern so gesehen wird. Dennoch akzeptieren Kliniken Änderungen durch den MDK, da diese Fälle ansonsten erst nach einem jahrelangen Rechtsstreit entschieden werden könnten. Zudem geht es in einigen Fällen um solch minimale Beträge, dass Krankenhäuser einen Streit nicht gerichtlich klären lassen wollen – obwohl sie sich im Recht fühlen. Außerdem finden sogenannte „Paketlösungen“ statt, die insbesondere in Vor-Ort-Terminen eine einvernehmliche Lösung für alle Beteiligten herbeiführen (sollen).

Der im Jahr 2014 eingeführte **Bundesschlichtungsausschuss**, der sich eigentlich mit der verbindlichen Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen beschäftigen sollte, hilft leider auch nicht weiter, da er faktisch nicht existiert. Nach unserer Kenntnis haben sich die Mitglieder dieses Ausschusses nach der Veröffentlichung ihres einzigen Beschlusses vom 04. Juli 2016 nicht ein einziges Mal mehr getroffen. Warum geschieht in diesem Gremium nichts? Wer ist für dieses Versagen oder Versäumnis eigentlich verantwortlich?

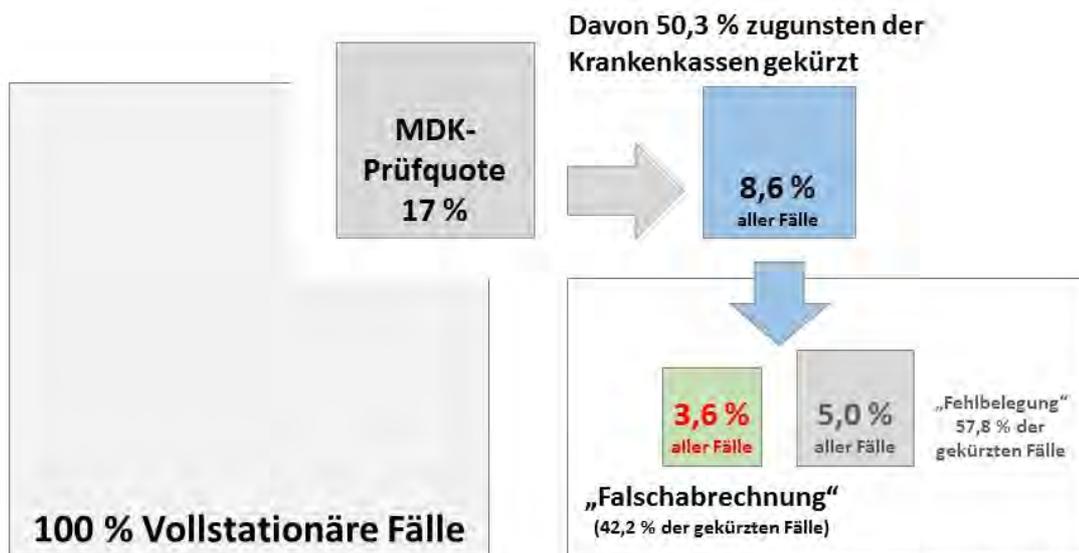
Warum es von keiner Seite ernsthafte Bestrebungen gibt, die zahlreichen, schon lange bekannten Unklarheiten und Probleme der Krankenhausabrechnung verbindlich für alle Seiten zu lösen, ist uns nicht bekannt. Tatsache ist allerdings auch, dass es ohne eindeutige Kodier- und Abrechnungsregelungen auch keine eindeutigen Urteile über falsch und richtig geben kann.

Inzwischen ist es zur Gewohnheit geworden, dass Sozialgerichte mit ihren Gutachtern an Stelle der eigentlich Verantwortlichen in den unterschiedlichen Instanzen Kodierfragen bewerten.

Diese Urteile können sich teilweise erheblich unterscheiden und werden nicht selten von der nächsten Instanz wieder geändert. Neben diesen Widersprüchen verstoßen aus unserer Sicht einzelne Urteile eindeutig gegen die Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien.

Auswertungsergebnisse des MDK Nordrhein aus dem Jahr 2018

- **17 Prozent aller Krankenhaufälle (der Grundgesamtheit GG) wurden geprüft.**
83 Prozent der GG wurden also erst gar nicht geprüft: Geburten/ Säuglinge/ Blinddarmentfernungen/ Einfache Hüft- und Knieprothesen-OP etc. Diese Fälle sind durch das „Analyseraster“ der Krankenkassen gefallen, weil sie korrekt sind oder eine Prüfung finanziell nicht aussichtsreich erscheint (z. B weil das Krankenhaus zu niedrig abgerechnet haben könnte).
- **Von diesen 17 Prozent wurden 50,3 Prozent zugunsten der Krankenkasse gekürzt (= 8,6 Prozent der GG).** 49,7 Prozent der geprüften Fälle wurden nicht gekürzt. Dafür erhielten die Krankenhäuser von den Krankenkassen insgesamt 34 Millionen Euro als Aufwandspauschale zurück (133.333 Fälle x 300 Euro). Anmerkung: Nicht für alle Fälle gibt es 300 € zurück!
- **57,8 Prozent der gekürzten Fälle wurden geändert, weil der Patient nicht ambulant abgerechnet wurde oder zu lange im Krankenhaus lag.** Es lag also keine falsche Abrechnung, sondern aus Sicht des MDK eine falsche Versorgungsform vor.
- **Es verbleiben also nur 3,6 Prozent aller abgerechneten stationären Fälle** von GKV-Patienten, die aus Sicht des MDK eine **falsche, fehlerhafte oder nicht nachvollziehbare Kodierung** aufwiesen. Ob und warum auch diese Quote Anlass zu Diskussionen gibt, klären wir später.



Erläuterungen s. Text

Berechnungsgrundlage:

Presseinformation des MDK Nordrhein vom 13.02.2019

www.mdk-nordrhein.de/nc/presse/artikel/krankenhausrechnungen-pruefungen-auf-rekordniveau/

Erstes Fazit

Nach den Informationen des MDK Nordrhein sind also **8,6 Prozent** aller gestellten Krankenhausabrechnungen (GKV) nachträglich wieder zugunsten der Krankenkasse geändert worden – und nicht 40 Prozent (s. Bundesverfassungsgericht vom 26.11.2018), 50 Prozent (s. Techniker Krankenkasse/ ÄrzteZeitungOnline, 22.01.2019) oder knapp unter 65 Prozent (s. Handelsblatt vom 13.02.2019).

Interpretiert man Falschabrechnung im Sinne von fehlerhaften Abrechnungskodes, sind sogar nur **3,6 Prozent** aller gestellten GKV-Krankenhausabrechnungen nicht korrekt!

Jetzt widmen wir uns der Frage, warum diese 8,6 Prozent aller gestellten Krankenhausabrechnungen zugunsten der Krankenkassen geändert worden sind:

- Die Korrekturen zur stationären Aufnahmeindikation (14,4 %) und einer zu langen Verweildauer (43,4 %) dominieren die Statistik. Das heißt: 57,8 Prozent aller Patienten haben also medizinisch und versorgungstechnisch mehr Leistungen erhalten, als nach Auffassung des MDK im SGB V für die gesetzlich Versicherten vorgesehen ist!
- Zu einem ständigen Streitthema ist der Leistungsumfang des Ambulanten Operationskataloges (**AOP-Katalog**) geworden, der zwar theoretisch zahlreiche Eingriffe benennt, die das Krankenhaus als Institution nach §115b SGB V ambulant abrechnen könnte. Vollkommen verkannt wird allerdings, dass jede Ärztin und jeder Arzt, der ambulant operiert bzw. Patienten „betäuben“ möchte, sich im Vorfeld des Eingriffs davon überzeugen muss, dass der Patient mindestens eine Nacht zuhause von jemandem betreut bzw. überwacht wird (s. u. a. Kriterien BNC/BDC zum Ambulanten Operieren). Allerdings sind diese Voraussetzungen in der heutigen Zeit sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Patienten häufig nicht gegeben. Niedergelassene Operateure versorgen diese Patienten genau aus diesen Gründen nicht und überlassen sie gerne dem Krankenhaus. Krankenhäuser nehmen sich dieser Fälle an – wohlwissend, dass ein Teil der DRG oder die komplette stationäre Leistung nachher von den Krankenkassen nicht bezahlt wird, da diese Operationen zum AOP-Katalog zählen. Die Kliniken können diese Patienten aber nicht ambulant operieren, weil es schlichtweg aufgrund der genannten Versorgungsumstände nicht gestattet ist. Diese fehlende oder mangelhafte häusliche Versorgung wird aber in zahlreichen Fällen vom MDK nicht anerkannt. Zwar existieren sogenannte **G-AEP-Kriterien**, die auf genau diese Umstände verweisen.

In der Praxis helfen diese Papiere retrospektiv recht wenig, wenn der MDK darauf keine Rücksicht nimmt. In diesem Zusammenhang von Falschabrechnungen zu sprechen, ist schon sehr verwunderlich. Eine Alternative wäre es, den Krankenhäusern neben der AOP-Abrechnung Übernachtungs- und Überwachungskosten als Zusatzaufwand zu zahlen – dafür würde man allerdings zusätzliche Abrechnungsmöglichkeiten benötigen. Ein weiterer interessanter Abrechnungstreit in der Kardiologie/ Neurologie existiert bei den sogenannten **Event-Rekordern**, die zwar stationär eingesetzt, aber regelhaft vom MDK abgelehnt werden. Eine ambulante Abrechnung nach §115b SGB V ist aber nicht möglich, da der OPS-Kode überhaupt nicht im AOP-Katalog 2019 enthalten ist. Dieses Problem ist seit ca. 8 Jahren allen Fachleuten bekannt; auch für das Jahr 2019 ist keine Regelung in Sicht. Die Konsequenz nach der MDK-Prüfung: Das Krankenhaus bekommt weder eine stationäre noch eine ambulante Vergütung oder man findet eine einvernehmliche Lösung mit der Krankenkasse, die außerhalb des gültigen DRG- und AOP-Abrechnungssystems liegt. Solche „faulen“ Kompromisse finden sich auch bei anderen DRGs, die in ihrer Versorgungsstufe „zwischen“ ambulanter und stationärer Versorgung liegen (z. B. Schlaflabor).

- An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass insbesondere zu **Nacht- und Notfalldienstzeiten** die Patienten bei fehlender oder nicht ausreichender ambulanter Versorgung das Krankenhaus aufsuchen, kurzzeitig stationär beobachtet, betreut und behandelt werden und kurzfristig (spätestens am Folgetag) das Krankenhaus wieder verlassen. Ob diese Patienten vollstationär, vorstationär oder ambulant abzurechnen sind hängt von vielen Faktoren ab.

Insbesondere die **Rechtsprechung** hat hier in den letzten Jahren zu erheblichen Irritationen beigetragen (z. B. die „Notwendigkeit der Abklärungsuntersuchung vor der Abrechenbarkeit einer vorstationären Abklärungsuntersuchung“/ Notwendigkeit und Bedeutung von Einweisungsscheinen/ Facharztstandard vs. Allgemeinmediziner).

- Zur sogenannten sekundären Fehbelegung zählt einerseits das Erreichen oder Überschreiten der Unteren Grenzverweildauer (**UGVWD**): Genau diese wurde 2003 eingeführt, damit der Patient nicht vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen wird (= „*Blutige Entlassung*“- so die damalige Befürchtung der Politik). Diese Untere GVWD diente damit auch dem Schutz des Patienten vor einer frühzeitigen Entlassung.

- Unter anderem aus diesem Grund bestimmte das InEK empfindliche, statistisch berechnete Abschläge bei einer Unterschreitung der UGVWD. Diese Unterschreitung ist allerdings in den letzten Jahren einer der Hauptprüfgründe für die Krankenkassen geworden, da sich auf der Basis mangelnder Dokumentation in der Patientenakte retrospektiv durch MDK-Prüfungen das meiste Geld zurückfordern lässt. Patienten mit Schilddrüsen-OP, Gallen-Operationen oder Defibrillator- und HSM-Implantationen sollen also am Aufnahmetag operiert und am Folgetag entlassen werden, wenn keine schwerwiegenden Probleme aufgetreten sind. Theoretisch funktioniert dieses Vorgehen im Einzelfall.

Allerdings müsste diese vom MDK und den Krankenkassen geforderte Verkürzung der Behandlungsdauer (Entlassung am Tag nach der Operation) auch allen Patienten vermittelt und versorgungstechnisch gemeistert werden - eine interessante neue Aufgabe für die Krankenkassen und – soweit vorhanden – ambulanten Pflegedienste.

Darüber müssten die jeweils zu ermittelnden Erlösabschläge bei einer Unterschreitung der Unteren Grenzverweildauer auch vom InEK korrekt betriebswirtschaftlich kalkuliert werden. Aktuell sind schon die Einkaufspreise bestimmter Herzschrittmacher- und Defibrillator-DRGs höher als die Vergütung dieser sogenannten Abschlags-DRGs.

- Weiterhin zählt zur sekundären Fehlbelegung und somit zum Kürzungspotential der Krankenkassen auch die Überschreitung der Oberen Grenzverweildauer (**OGVWD**). Schon die Kalkulation der G-DRGs macht eine Überschreitung der OGVD für Krankenhäuser betriebswirtschaftlich nicht erstrebenswert. Überschreitungen der OGVD kommen dennoch vor – in der Regel aus medizinischen Gründen. Entweder hält sich der Patient in seinem Genesungsprozess nicht an die Vorgaben der Fallpauschale und entwickelt kurz vor der Entlassung eine Komplikation oder andere Faktoren verzögern den Entlassungsprozess. Zwar hat der Gesetzgeber mit seinen Umsetzungsvorgaben zum Entlassungsmanagement schon versucht, dem Krankenhaus Verbesserungspotentiale an die Hand zu geben.

In der Praxis entstehen allerdings Probleme bei der Übernahme des Patienten – sei es in die ambulante und stationäre Pflege, in die Reha-Behandlung bzw. AHB oder in andere Versorgungsbereiche. Ob die Ursache des Problems dabei immer nur in der Organisation des Krankenhauses zu suchen ist, darf der Leser je nach seinem Kenntnisstand der Abläufe im Gesundheitswesen selbst entscheiden.

Zweites Fazit

Das Gros der Änderungen in der stationären Krankenhausrechnung ist also nicht notwendig geworden, weil das Krankenhaus im Sinne von fehlerhafter Kodierung versucht hat zu betrügen, sondern weil der Patient die Klinik aufgrund fehlender ambulanter bzw. häuslicher Versorgung in Anspruch nehmen musste und/ oder der Patient aus Sicht des MDK den stationären Krankenhausaufenthalt zu lange benötigte. Ob neben medizinischen bzw. sozialmedizinischen Gründen auch pekuniäre Anreize beim Krankenhaus oder beim Patienten (z. B. Taggeldzusatzversicherung) eine Rolle gespielt haben, ist uns nicht bekannt und den Zahlen des MDK Nordrhein auch nicht zu entnehmen.

- Die verbleibenden 42,2 Prozent von 8,6 Prozent aller Abrechnungen (= **3,6 Prozent der Grundgesamtheit**) wurden also aus Sicht des MDK Nordrhein **falsch abgerechnet**, da die Krankenkassen bzw. der MDK der Auffassung waren, dass u. a. die Diagnose- und Prozedurenkodes nicht korrekt verschlüsselt waren.

Weiterhin wurden die Beatmungs- bzw. Entwöhnungszeiten falsch gezählt (z. B. Weaning), die Zusatzentgelte entsprechen nicht dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses oder sind unwirtschaftlich (z. B. Apherese-Thrombozytenkonzentrate).

Kritikpunkte und Kürzungsgegenstand waren auch, dass bei **Komplexbehandlungen** mit einer umfassenden wöchentlichen Team-Dokumentation (z. B. neurologische und geriatrische Komplexbehandlungen) die Handzeichen eines Therapeuten an einem Tag des vierwöchigen Aufenthaltes fehlen (Anmerkung: Beispiele stammen aus unserer praktischen Erfahrung, Sozialgerichtsurteilen und Veröffentlichungen).

Das Beispiel der Komplexbehandlungen belegt, dass es nicht um eine Falschabrechnung geht, sondern um die unzureichende Dokumentation einer zweifelsohne erbrachten Leistung. Wir reden also von **Fehldokumentationsprüfungen** und nicht von Falschabrechnungen im Sinne vorsätzlich falsch gemachter Angaben.

Die unsägliche Diskussion und MDK-Prüfung rund um die Fehlentscheidungen des BSG zu angeblichen **Strukturfragen** („Transportzeit bei der neurologischen Komplexbehandlung“) wollen wir nicht neu entfachen und nicht mit unseriösen Millionenbeträgen volkswirtschaftlich beziffern. Allerdings finden sich in der Analyse des MDK Nordrhein für das Jahr 2018 bestimmt auch noch zahlreiche Fälle aus der Neurologie und Geriatrie, die nachträglich noch zu korrigieren sind.

Drittes Fazit

Von den **verbleibenden 3,6 Prozent der Grundgesamtheit**, die tatsächlich wegen einer angeblich falschen Abrechnung korrigiert werden mussten, könnte aus Sicht der Autoren mindestens die Hälfte durch die Einführung exakter und nachvollziehbarer Kodierrichtlinien und Abrechnungsregeln beseitigt werden – wenn es denn die Selbstverwaltung und die Politik wirklich will!

Unsere Erfahrung der Vergangenheit lässt leider vermuten, dass die Kostenträger auch in Zukunft ein Interesse daran haben werden, die unzureichende ambulante Versorgung in Deutschland, die Erwartungshaltung der Patienten (gegenüber den Krankenhäusern und den Krankenkassen) sowie die Schwammigkeit der Kodier- und Abrechnungsregeln zu ihrem Vorteil zu nutzen und den MDK als Erfüllungsgehilfen vor Ort die Rechnung kürzen zu lassen.

Zudem werden der Personalmangel und der Arbeitsdruck auf ärztlicher und pflegerischer Seite weiter dazu führen, dass an einzelnen Tagen oder in speziellen Bereichen die Medizinische Dokumentation vernachlässigt wird.

Wohlgemerkt: Wir sprechen hier nicht von der dem Patienten geschuldeten Dokumentation medizinisch wichtiger Informationen, sondern über künstlich hochgezüchtete Komplexabrechnungskodes, die von allen Beteiligten im Krankenhaus verlangen, jede Präsenz und Nebensächlichkeit zu dokumentieren.

Fehlt ein Handzeichen, ein Befund, eine Notiz, dann wird der Komplexkode gestrichen und das Krankenhaus verliert mitunter mehrere tausend Euro. Ist das „Falschabrechnung im Krankenhaus“?

Die Kostenträger und der MDK haben sich durch die Einstellung von unzähligen Kodierfachkräften des Prüfungsgegenstandes der Fehldokumentation angenommen. Diese „Dokumentationsdetektive“ suchen und finden jede kleinste Angriffsfläche mit den genannten fatalen Folgen für die Kliniken. Haben sich die Kliniken dann gerade mit ihrer Dokumentation auf ein neues Prüfungsthema eingestellt, wird sofort die nächste „Sau durchs Dorf getrieben“.

Dem Einfallsreichtum der Prüfinstanzen sind hier keine Grenzen gesetzt.

Natürlich gibt es auch Mitarbeiter/-innen von Krankenhäusern, die Grauzonenbereiche immer aus ihrer Sicht zum angeblichen Vorteil des Krankenhauses interpretieren oder die eine vermeintliche Künstliche Intelligenz (ganz neu: Kodier-Analyse-Programme, die selber ICD- und OPS-Kodes generieren) für die Falschabrechnung verantwortlich machen. Diese Programme sind abrechnungstechnisch und haftungsrechtlich so weit entwickelt wie das automatisierte Fahren und ersetzen heute keine Kodierung durch Menschen – dazu ist das Regelwerk zu komplex und zu unvollständig.

Die Falschabrechnung ist aus unserer Sicht auch kein Kavaliersdelikt. Lösen kann man die genannten Probleme allerdings nur mit klaren, verbindlichen Regeln, die für alle gelten und transparent sind – und das so schnell wie möglich!

Eine seit 16 Jahren praktizierte Verdrängung in den Fragen der Weiterentwicklung der Deutschen Kodierrichtlinien, der Abrechnungsregeln, der Prüfverfahrensvereinbarung, des Bundesschlichtungsausschusses und der planungsrechtlichen Vorgaben für die Abrechnung bestimmter Leistungen (Zusatzentgelte/ Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden etc.) hat zu dem Dilemma geführt, in dem wir jetzt stecken.

Die Verunsicherung durch alle Ebenen der Rechtsprechung, die o. a. Regeln zum Teil selbstherrlich oder fehlerhaft interpretieren, hat erheblich zu weiteren Irritationen geführt (Fallzusammenführung/ Beurlaubung/ “Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten“/ Bestimmung des Versorgungsauftrags etc.). All diese Probleme und Fehler haben unseres Erachtens zu dem drastischen Anstieg der MDK-Prüfungen beigetragen.

Wenn die mit dem PpSG beabsichtigte Stärkung der Selbstverwaltung gerade in den von uns dargestellten Bereichen nicht genutzt wird, ist mit einer weiteren Eskalation der Abrechnungsproblematik zu rechnen.

Literatur und Informationen:

info@kayers-consilium.de

Dr. med. H.-G Kayers
Krankenhausbetriebswirt (VKD)

Dr. med. Andreas Stockmanns
Facharzt Innere Medizin
Gesundheitsökonom (ebs)

Dr. Jürgen Freitag
Geschäftsführer

KAYERS CONSILIUM GmbH

Marienstraße 24

47623 Kevelaer