



Controlling

Soll man Patienten wirklich so früh auf die Straße setzen?

Unterschiedliche Interpretationen der medizinischen Sachverhalte als Grund für viele Streitigkeiten mit dem MDK

Von Dr. Erwin Horndasch

In einer Zeit, in der die Krankenhäuser durch Rechtsgutachten im Auftrag der Krankenkassen (Köbel, R./Universität Bielefeld: Unternehmenskriminalität im Gesundheitssystem), durch die Boulevardpresse und durch Pressemitteilungen des GKV-Spitzenverbandes unter Generalverdacht gestellt werden, in einer Zeit, in der es durch die Lobbyisten der Kostenträger billigend in Kauf genommen wird, dass der Begriff „Falschabrechnung“ in den Pressemitteilungen der gesetzlichen Krankenversicherung zum gewerbs- und bandenmäßigen, vorsätzlichen „Abrechnungsbetrug“ transformiert wird, sollte man sich mal etwas näher mit dem Begriff Falschabrechnung beschäftigen. Als Vertreter einer Berufsgruppe, die sich tagtäglich mit der Problematik befasst, möchte ich an dieser Stelle einige kleine Anmerkungen zum Thema machen.

Die große Gruppe der Falschabrechnungen muss für eine detaillierte Bewertung differenziert betrachtet werden. Zum einen sind die tatsächlichen Falschabrechnungen durch eine falsche Kodierung von Diagnosen oder Operationen zu trennen von sogenannten fehlerhaften Abrechnungen infolge Fehlbelegung.

Lernkurve steigt

Die Falschabrechnungen infolge fehlerhafter Kodierung sind deutlich zurückgegangen. Dies ist nach Meinung der damit befassten Spezialisten eine Auswirkung des sogenannten „lernenden Systems“. Hierunter versteht man zum einen eine bessere Ausdifferenzierung der betreffenden Codes und zum anderen eine ansteigende Lernkurve im Umgang mit dem komplexen System Krankenhausabrechnung. Dies betrifft sowohl die Mitarbeiter in

den Krankenhäusern als auch die Mitarbeiter bei den Krankenkassen und beim MDK.

Trotzdem gibt es natürlich Konstellationen, bei denen die entsprechenden Kodiervorschriften aufseiten der Kostenträger und aufseiten der Krankenhäuser unterschiedlich ausgelegt werden. Und leider werden alle strittigen Fälle von den Krankenkassen und vom MDK unisono als Falschabrechnungen bzw. als Abrechnungsbetrug klassifiziert.

Im Strafrecht würde man hier von einer unzulässigen Vorverurteilung sprechen. In vielen Fällen wird nämlich gegen eine Entscheidung des MDK Widerspruch eingelegt und nicht selten auch geklagt. Von einer Falschabrechnung kann man daher erst dann wirklich sprechen, wenn das Krankenhaus entweder seine Abrechnung nach einer entsprechenden Rechnungsprüfung geändert hat oder wenn ein rechtskräftiges Urteil der Sozialgerichtsbarkeit dazu ergangen ist. Und hier dauert der Weg durch die Instanzen jahrelang an.

Ich will und kann nicht ausschließen, dass es auch aufseiten des Krankenhauses mitunter bewusste Falschabrechnungen gibt. Nach meinem Eindruck und nach Kenntnis der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling ist dies aber die Minderzahl. Hier sollten auch durchaus entsprechende Sanktionen erfolgen.

Die Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt hat am 30. September 2009 auch eine entsprechende und bundesweit erste Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen (so der offizielle Titel) eingerichtet. Dem Autor sind bis heute keine Ergebnisse von strafrechtlichen Ermittlungen im Zusammenhang mit der Falschabrechnung von Krankenhausleistungen durch fehlerhafte Kodierung bekannt. Der Leiter der Zentralstelle, Oberstaatsanwalt A. Badle, wird auf

dem Herbstsymposium der DGM am 2. Oktober 2012 in Frankfurt/Main über seine Arbeit berichten. Möglicherweise gibt es dann hierzu Neuigkeiten.

Der Großteil der Streitigkeiten rührt jedoch aus unterschiedlichen Interpretationen der medizinischen Sachverhalte her. Dabei ist nach Ansicht der zunehmend eingeschalteten Sozialgerichte der MDK nicht als unparteiischer Dritter, sondern als Partei zu sehen. Jedenfalls werden die Gutachten und Stellungnahmen des MDK als Parteigutachten von den Sozialgerichten gewertet.

Insofern ist es nicht korrekt, eine vom MDK bemängelte Abrechnung per se als Falschabrechnung zu klassifizieren und entsprechende Sanktionen von den Krankenhäusern zu fordern. Die Methode der Stichprobenprüfung, wie sie nach § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durchaus vorgesehen ist, wird als Instrument viel zu selten genutzt. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand, da hier die Kassen als Gesamtheit und nicht die einzelne Kasse wie bei der Einzelfallprüfung profitieren würden. Insofern haben die Kassen als Gesamtheit kein Interesse an einer Stichprobenprüfung, da sie den „Erfolg“ mit den anderen Kassen teilen müssten.

Eine von den Kostenträgern geforderte Ausweitung der Aufwandspauschale auch auf die Krankenhäuser würde zu einer deutlichen Belastung der Sozialgerichte führen, ohne dass die Streitigkeiten über fehlerhafte Abrechnung dadurch zurückgehen würden. Da wäre es besser, die Aufwandspauschale insgesamt zu streichen. Ihr ursprüngliches Ziel, die Rechnungsprüfungen einzudämmen, hat sie jedenfalls nach Ansicht der meisten Beteiligten nicht erreicht. Stattdessen wird jetzt auch noch über relevante oder nicht relevante Änderungen der Kodierung diskutiert. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes müssen nämlich die Krankenkassen die Aufwandspauschale nicht bezahlen, wenn das Krankenhaus die Abrechnungsprüfung durch eine fehlerhafte Kodierung erst herbeigeführt hat.

Der MDK hat mit seiner Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 (SEG 4) Kodierempfehlungen erarbeitet, um Kodierprobleme in der Praxis zu lösen. An diese Kodierempfehlungen (KDE) sind die Gutachter des MDK üblicherweise gebunden. Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGM) hat im Jahre 2006 ebenfalls ein Gremium installiert, das sich mit der Kodierung beschäftigt, den Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA). Der FoKA hat sich neben der Erstellung eigener Kodierempfehlungen auch mit den KDEs der SEG 4 beschäftigt.

Dabei wurden vom MDK 295 Kodierempfehlungen veröffentlicht. Von diesen wurden 72 Prozent vom FoKA uneingeschränkt oder mit Anmerkungen zu beschränkter Anwendbarkeit konsentiert, sodass von einer Zustimmungquote von 72 Prozent

primär ausgegangen werden kann. Die zunehmende Aggressivität der Abrechnungsprüfung wird jedoch durch die zeitliche Entwicklung deutlich. Betrachtet man die ersten 100 KDE im Vergleich zu den vierten 100 KDE, wurden in der ersten Gruppe 65 Prozent, in der letzten Gruppe jedoch nur noch 39 Prozent konsentiert.

Die zuletzt veröffentlichten Kodierempfehlungen des MDK sind also nur noch zu knapp über ein Drittel unter Abrechnungsspezialisten konsensfähig!

Diskussionsbedarf bei Fehlbelegungen

Ein wesentlich größeres Problem ist jedoch die sogenannte Fehlbelegung. Hierbei wird differenziert zwischen der primären Fehlbelegung und der sekundären Fehlbelegung. Bei der primären Fehlbelegung wird unterstellt, dass die Krankenhausbehandlung in toto unnötig gewesen war und die Behandlung ambulant durchführbar gewesen wäre.

Bei der sekundären Fehlbelegung wird unterstellt, dass der Patient zu lange im Krankenhaus gelegen hat. Die Fehlbelegungsprüfungen machen mittlerweile bis zu 70 Prozent der Krankenhausprüfungen und der sogenannten Falschabrechnungen aus. Aus Sicht der betroffenen Krankenhäuser stellen sich in diesem Zusammenhang einige Probleme.

So wird seit dem Beschluss des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 25. September 2007 die stationäre Behandlungsbedürftigkeit alleine nach medizinischen Kriterien festgelegt. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss.

Mit anderen Worten: Muss der Patient wegen seiner Krankheit in ein Pflegeheim und kann nicht mehr in seine Wohnung zurück, dann ist die Wartezeit bis zum Freiwerden des Pflegeplatzes keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Das bedeutet, dass der betreffende Aufenthalt vom MDK gekürzt und von der Kasse nicht bezahlt wird. Allerdings drücken sich sowohl Rechtsprechung als auch die Politik vor der Frage, was denn mit dem Patienten geschehen soll, wenn die Krankenhausbehandlung medizinisch abgeschlossen und der Pflegeheimplatz noch nicht frei ist.

In der Konsequenz der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes müssten die Krankenhäuser die Patienten sprichwörtlich auf die Straße setzen oder nach Hause entlassen, obwohl eine adäquate pflegerische Versorgung nicht existiert. Die Bewältigung solcher Situationen wäre ein ideales Betätigungsfeld für

die Sozialpolitiker. Denn dies betrifft einen Kern unserer solidarischen Gesellschaft. Es kann nicht sein, dass nur festgestellt wird, wer etwas nicht zahlt, ohne gleichzeitig dafür zu sorgen, dass entstehende oder entstandene Kosten beglichen bzw. vermieden werden.

Die Krankenhäuser können zum Beispiel diese Übergangsphasen nicht mit den Pflegekassen abrechnen, da hierfür die gesetzlichen Voraussetzungen fehlen.

Nachdem es sich kein Krankenhaus erlauben kann, solche Patienten in unzureichende häusliche Umgebungen zurückzuverlegen (oder ist das tatsächlich gewollt?), werden sie bis zur möglichen Verlegung in ein Pflegeheim im Krankenhaus belassen. Ist das aus Sicht eines neutralen Dritten tatsächlich eine Falschabrechnung oder gar eine betrügerische Abrechnung?

Eine ähnliche Konstellation trifft zu, wenn Patienten nach Operationen in eine Rehabilitations- einrichtung verlegt werden müssen. Hierzu werden die Genehmigungen von den Krankenkassen erst nach langwierigen Verhandlungen erteilt. Zunehmend ist zu beobachten, dass Genehmigungen auch erst nach Überschreiten der oberen Grenzdauer erteilt werden. Wegen fehlender Kostenzusage kann der Patient also nicht rechtzeitig in die Reha verlegt werden.

Aus medizinischen Gründen hätte die Verlegung eher erfolgen können, also werden die entsprechenden Tage vom MDK in der Rechnungsprüfung gestrichen. Diese Konstellation als Falschabrechnung durch die Krankenhäuser zu bezeichnen, ist mehr als eine Verdrehung der Tatsachen.

Ein weiteres Problem ist die Thematik der unteren Grenzdauer. Dieses Instrument wurde ursprünglich auf Druck der Krankenkassen eingeführt, um blutige Entlassungen zu verhindern.

Tatsächlich wird dieses Instrument derzeit dazu verwendet, um vorzeitige bzw. frühzeitige Entlassungen seitens der Kostenträger und des MDK zu fördern. So ist mittlerweile bei immer mehr Operationen die Entlassung am ersten postoperativen Tag die Regel-Forderung. Nach Meinung der Kostenträger und des MDK können die weitere Versorgung und auch die Gabe von Schmerzmitteln ohne Weiteres ambulant erfolgen.

Ob tatsächlich die ambulante Versorgungssituation ausreichend vorhanden ist, muss nach entsprechender höchstgerichtlicher Meinung nicht mehr eruiert werden. Es genügt der abstrakte Verweis auf die mögliche ambulante Versorgung, ohne im Einzelfall darlegen zu müssen, wenn die ambulante ärztliche Versorgung tatsächlich übernehmen kann. Damit gehen die ambulanten ärztlichen Versorgungslücken zulasten der Krankenhäuser, da aus Gründen der ärztlichen Sorgfalt und Fürsorge eine Behandlungskette realiter nicht nur theoretisch sichergestellt werden muss.

Blieben also Patienten nach Operationen zur Beobachtung noch eine Nacht länger im Krankenhaus, dann ist dies aus Sicht der Krankenkassen eine bewusste Falschabrechnung, aus Sicht der behandelnden Ärzte aber ärztliche Sorgfalt. Diese Unterscheidung kommt in der öffentlichen Diskussion leider etwas zu kurz.

Zu spät entlassen?

Hinzu kommt ein weiteres Problem. Die untere Grenzdauer ist leider systembedingt so angelegt, dass sie nicht eigens kalkuliert, sondern rechnerisch ermittelt wird. Dadurch ergeben sich gewaltige (bis zu 50 Prozent) Abschläge bei Streichung eines Tages und damit ein entsprechend hohes Konfliktpotenzial. Seitens der Kostenträger ist es deshalb sehr lukrativ, entsprechende Fälle prüfen zu lassen. Eine sachgerechte Kalkulation der entsprechenden Abschläge durch das zuständige InEK wäre hier sicher hilfreich. Allerdings fehlt hierzu wohl der entsprechende Auftrag.

Übrigens wird im Falle einer Wiederaufnahme wegen einer Komplikation (z.B. Nachblutung) von denselben Kostenträgern, die regelhaft eine frühzeitige Entlassung fordern, gesagt, dass in diesem speziellen Einzelfall die Entlassung zu früh erfolgte.

Im Zusammenhang mit Rechnungsprüfungen ist noch ein weiterer Umstand zu beachten. In Ferienzeiten und während hoher kirchlicher Feiertage ist im Bereich der ambulanten Medizin ein deutlicher Ausdünnsseffekt infolge von Urlauben und Praxisschließungen zu beobachten. Je ländlicher die Gegend, desto gravierender die Auswirkung. Allerdings wird seitens der Kostenträger auch hier keine Differenzierung vorgenommen.

Es genügt der abstrakte Verweis auf die mögliche ambulante Betreuung, auch wenn diese im konkreten Einzelfall in keinsten Weise gesichert und gegeben war. In diesen Fällen von einem Abrechnungsbetrug zu sprechen, erscheint mir ebenfalls unanlauter.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Abrechnung von Krankenhausleistungen ein komplexer Prozess ist, bei dem eine Vielzahl von Regelungen zu beachten sind, die zu einem Großteil von Krankenhäusern und Krankenkassen unterschiedlich interpretiert werden und die deshalb zu Diskussionen führen. Aus dem Vorhandensein einer Diskussion auf das Vorhandensein von Abrechnungsbetrug zu schließen, ist dabei aber ein Schuss, der weit über das Ziel hinausgeht.

ZUM AUTOR

Dr. Erwin Horndasch ist Internist, Medizincontroller, Mitglied im LV Bayern des MB, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling und Gutachter für Abrechnungsprobleme in Sozialgerichtsfragen.

UNSERE MBZ-THEMENREIHE 2012:

KRANKENHAUSENTWICKLUNG mit folgenden Schwerpunktthemen:

- Krankenhausführung
- Krankenhausmanagement
- IT-Projektmanagement
- Qualitätsmanagement
- Rhetorik/Kommunikation
- Gesundheitsökonomie
- Controlling
- Health Care Marketing
- Spezielle Zusatzqualifikationen

Haben Sie Anregungen dazu?

Schreiben Sie an:
 MBZ-Redaktion
 Reinhardtstr. 36 • 10117 Berlin
 Tel. 030/7468460
 E-Mail: retzlaff@marburger-bund.de