Sicherung der Finanzierbarkeit stationärer Leistungen durch Prüfung der Korrektheit der Abrechnung im Spannungsfeld des G-DRG-Systems

Matthias Ernst
Wolfgang Seger

Matthias Ernst, B.A.
ist Leiter des Geschäftsbereiches Qualitätsmanagement Pflege beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen

Prof. Dr. med. Wolfgang Seger
ist Leitender Arzt beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen

Die Abrechnung von Krankenhauskosten im G-DRG-System hat nicht nur betriebswirtschaftliche Auswirkungen auf das Ergebnis eines einzelnen Krankenhauses. Sie beeinflußt ebenso die Verteilung der von Versicherten und Arbeitgebern getragenen Beiträge im Konzert aller Gesundheitsaufgaben. Die Abrechnungspartner können von einer nach transparenten Kriterien erfolgenden Abrechnungsprüfung der Kodierqualität gleichermaßen profitieren. Prüfverfahren mit kommunikativer Zielsetzung können die Lernkurve beschleunigen und den Ressourcenaufwand vermindern. Symmetrische Verteilung der Lasten für Prüfergebnisse ohne Korrektur kann einen starken Anreiz für die Anhebung der Kodierqualität bieten. Eine auf Basis gesetzlicher Vorgaben dem Kriterium der Korrektheit der Abrechnung in Bezug zu den erbrachten Leitungen basierende Arbrechnungsprüfung und – beratung bietet zugleich ein bedeutendes Instrument zur Sicherung der Finanzierbarkeit der stetig steigenden Kosten für stationäre Leistungen.

1. Einleitung

Die schrittweise Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) seit dem Jahr 2003 stellt eine vollkommen neu strukturierte Reform der Krankenhausfinanzierung dar. Mit der Umstellung von einzelnen Fallpauschalen, Sonderentgelten und tagesabhängigen Pflegesätzen hin zu einem überwiegend diagnose- und behandlungskostenorientierten Fallpauschalensystem, wurden die Krankenhäuser einem erheblichen Veränderungs- und Kostendruck unterworfen.[1] Die Finanzierung über einheitliche und landesweite Durchschnittspauschalen erfordert vom jeweiligen Krankenhausmanagement erhebliche Anstrengungen in allen Organisationseinheiten, um ein positives Betriebsergebnis zu erreichen. Gleichzeitig werden durch die vom Gesetzgeber geforderte Transparenz der Leistungen und dem Ziel einer Kostenreduktion neue Chancen im Wettbewerb aufgezeigt. Zusätzlich sollen diese Zielstellungen bei ei-

1 Vgl. Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 56-57; 296-297.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-4-42
Generiert durch IP '13.59.168.20', am 10.09.2024, 09:17:05.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

ner gleichbleibenden bzw. steigenden Versorgungsqualität erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund nehmen die Sicherstellung einer umfassenden Transparenz und die Qualität der Kodierungsdaten sowie die damit verbundende Prüfung der Abrechungsdaten durch die Krankenkassen einen bedeutenden Stellenwert ein. Zusätzlich beinhalten diese Punkte ein erhebliches Konfliktpotential zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern. Weiterhin wird das System der DRG's von den Prozessbeteiligten kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt. Ein Dienstleister in diesem Spannungsfeld ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), der einerseits in die Abrechungsprüfung involviert ist und sich gleichzeitig als Wissensdienstleister und Partner an der Weiterentwicklung der deutschen Kodierrichtlinien beteiligt.[2]

Die Zielsetzung dieser Arbeit ist die Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) als Prozessbeteiligtem in den Beziehungen zwischen den Leistungserbringern den Kostenträgern aufzuzeigen. Zusätzlich werden die teilweise politisch motivierten Argumente und Kritikpunkte der beteiligten Akteure bezogen auf den MDK einer kritischen Bewertung unterzogen. Abschließend werden die zukünftige Rolle des MDK im Spannungsfeld des sich stetig ändernden G-DRG-Systems bewertet und mögliche Handlungsfelder aufgezeigt.

2. Einführung in das G-DRG-System

Obwohl die Krankenhausfinanzierung als duales System mit zwei unterschiedlichen Finanzierungzuständigkeiten[3] vom Gesetzgeber konzipiert ist, stellt das G-DRG-System[4] aktuell mit mehr als 90% der Kostenerlöse den dominierenden Bestandteil des Finanzierungsvolumens eines Krankenhauses dar. Gleichzeitig bestimmt die Entwicklung des G-DRG-Systems auch den Verlauf der stationären Kosten im deutschen Gesundheitssystem. Anhand dieser Verteilung wird erkennbar, welche betriebswirtschaftlichen Auswirkungen die Kodierqualität auf das Ergebnis eines einzelnen Krankenhauses hat. Diese Kostenwirkung ist insofern bedeutsam, da das Hauptziel des Gesetzgebers eine transparente und leistungsgerechtere Vergütung für die stationären Leistungserbringer bei gleichzeitiger Sicherstellung einer wirtschaftlichen und qualitativen Versorgung war. Zusätzlich soll das Vergütungssystem aber auch die Komplexitäten und Comorbiditäten der einzelnen Erkrankungen berücksichtigen und einen zukunftsfähigen bzw. praxisfähigen Differenzierungsgrad ermöglichen.[5]

Für die Krankenkassen als Kostenträger bedeutet die Umstellung der Vergütungsstrukturen auf das DRG-System eine leistungsgerechtere Verteilung der vorhandenen Finanzmittel bei paralleler Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben zur Beitragsstabilität nach § 71 SGB V. Vor diesem Hintergrund kommt der Prüfung der in Rechnung gestellten Kosten aus Sicht der Kostenträger eine erhebliche wirtschaftliche und juristische Bedeutung zu.

In den folgenden Kapiteln erfolgen eine kurze Vorstellung der historischen Entwicklung des DRG-Systems und eine Erläuterung der wichtigsten Bestandteile des G-DRG-Systems.

2.1 Historische Entwicklung des G-DRG-Systems

Das deutsche DRG-System (German Diagosis Related Groups) basiert auf den Grundlagen der australischen AR-DRGs (Astralian Refined Diagnosis Related Groups) und wurde auf Beschluss der Partner der Selbstverwaltung im Jahr 2000 aus mehreren geprüften Vorschlägen ausgewählt. Mit der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b des Krankenhausgesetzes (KHG) wurden am 02.08.2000 die wichtigsten Grundzüge des neuen Entgeltsystems beschlossen. Diese beziehen sich beispielsweise auf die jährliche Überprüfung/Weiterentwicklung des DRG-Systems und der entsprechenden Klassifikationssysteme, die notwendige Datenweitergaben an die Prozessbeteiligen und der Gründung eines Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Das InEK verantwortet die Implementierung, Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG-Systems und koordiniert das Zusammenwirken aller Beteiligten. In der Implementierungsphase war das Institut auch für die Umsetzung der Konvergenzphasen zuständig. Innerhalb dieser Konvergenzphasen (2003 – 2008) hatten die Krankenhäuser die Möglichkeit, sich auf das neue System einzustellen und ihre Kosten an die ermittelten Landesbasisfallwerte (LBFW)[6] anzupassen. Im Jahr 2009 wurde diese Konvergenzphase verlängert und um Zu- und Abschläge auf die zuvor vereinbarten einheitlichen Landesbasisfallwerte ergänzt. Mit dieser Maßnahme wurde den Krankenhäusern ermöglicht, bestehende Kostendefizite abzufedern und diese an die aktuellen landesweiten Basisfallwerte anzupassen.[7]

Ab 2010 erfolgt die Abrechnung nur noch über die errechneten Landesbasisfallwerte, die um weitere Determinanten wie Zu- und Abschläge, neue Untersuchungs- und Behandlungsformen und hochspezialisierte Zusatzentgelte ergänzt werden können. Für den Zeitraum 2011 - 2014 sind unter anderem die schrittweise Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte hin zu einem einheitlichen Basisfallwertkorridor und die Einführung eines Fallpauschalensystems für die Psychiatrie und Psychosomatik geplant. Ergänzend wird eine Begleitforschung zum G-DRG-System nach § 17 b Abs. 8 des KHG durchgeführt. Aufraggeber für diese Begleitforschung sind die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene. Die Finanzierung dieser Forschung erfolgt über einen gesetzlich vereinbarten DRG-Systemzuschlag.

2.2 Grundlegende Bestandteile des G-DRG-Systems

Die wichtigsten Grundlagen für das G-DRG-System sind der Fallpauschalen-Katalog, die Kodierrichtlinien, die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und das jeweilige Definitionshandbuch. Aufgrund der Komplexität des deutschen DRG-Systems unterliegt die Gesamtsystematik einer kontinuier-

2 Für die Private Krankenversicherung wird dieser Aufgabenbereich vom Prüfdienst der PKV sichergestellt.

3 Krankenhäuser werden über 2 verschiedene Kostenarten finanziert. Dies sind die Betriebskosten (z. B. DRG) und die Investitionskosten (z. B. Krankenhausförderung der Bundesländer).

4 In der Literatur werden wahlweise die Begriffe DRG-System und G-DRG-System genutzt, im Rahmen dieser Arbeit werden beide Begrifflichkeiten benutzt und beziehen sich immer auf das G-DRG-System.

5 Vgl. KHG 2000, § 17b.

6 Landesbasisfallwerte werden durch die Krankenhausgesellschaften und Landesverbände der Krankenkassen für die jeweiligen Bundesländer vereinbart und ergeben sich aus dem Verhältnis von Gesamtbetrag (Ausgabenvolumen) zu Leistungen (effektive Bewertungsrelationen).

7 Vgl. KHEntG 2002, § 5 Abs. 6.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-4-42
Generiert durch IP '13.59.168.20', am 10.09.2024, 09:17:05.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

lichen Weiterentwicklung und Überprüfung durch die beteiligten Akteure nach § 17b KHG. Grundlage für diese Weiterentwicklung und Anpassungen sind die Bereitstellung und Veröffentlichungen der gelieferten DRG-Daten durch das InEK und die Datenlieferungen der Kalkulationskrankenhäuser auf Vollkostenbasis sowie die begleitende wissenschaftliche Evaluation.

Das G-DRG-System ist ein pauschalierendes und leistungsorientiertes komplexes Vergütungssystem

Die Teilnahme als Kalkulationskrankenhaus ist freiwillig und im Jahr 2011 nehmen 332 Krankenhäuser (Stand April 2011)[8] an diesem Datenlieferungsprogramm teil. Vertreten sind in dieser Kalkulationsbasis auch 10 Universitätskliniken, um die speziellen Kostenstrukturen dieser Maximalversorgungshäuser abzubilden.

2.2.1 Fallpauschalen-Katalog

Das G-DRG-System teilt die überwiegende Anzahl der voll- und teilstationären Behandlungsfälle in medizinisch sinnvolle Fallgruppen (Diagnosis Related Groups) ein. Dabei werden unterschiedliche Diagnosen und Prozeduren unter Berücksichtigung von vergleichbaren finanziellen Behandlungsaufwänden miteinander kombiniert und einer sogenannten Hauptdiagnosekategorie (Major Diagnostic Categorie – MDC) zugeordnet. Entscheidend für diese Zuordnung sind die aktuellen Klassifikationssysteme des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification (ICD-10-GM) und der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).[9] Zusätzlich werden bei der Zuordnung zu einer DRG weitere Faktoren wie das Geschlecht, der Aufnahmegrund, das Alter, die Verweildauer im Krankenhaus, das Aufnahmegewicht bei Neugeborenen und die Beatmungsstunden berücksichtigt. Grundsätzlich wird über die verantwortliche Hauptdiagnose für die Krankenhausbehandlung die Zuordnung in die jeweilige DRG gesteuert. Diese kann durch relevante Nebendiagnosen und diagnostische/ therapeutische Prozeduren weiter aufgeschlüsselt werden. In der Praxis erfolgt die Zuordnung der einzelnen Behandlungsfälle und Patientendaten über ein spezielles Softwareprogramm. Diese Programme werden als Grouper bezeichnet und basieren auf den diagnosebezogenen Daten, die im jeweiligen aktuell geltenden Fallpauschalen-Katalog und in den Kodierrichtlinien festgelegt sind. Zusätzlich müssen die Anbieter dieser speziellen Grouper-Programme ihre Programmversionen vom InEK zertifizieren und testen lassen.[10]

Mit diesen Kodierrichtlinien wird eine bundesweit einheitliche Kodierung und Kalkulation der DRGs durch die Leistungserbringer sichergestellt.

Aktuell wurde vom GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011, der Fallpauschalen-Katalog 2011 vereinbart.[11] Diese Version stellt bereits die 9. Version des Fallpauschalen-Katalogs dar und beinhaltet 1194 DRG-Fallpauschalen und 146 Zusatzentgelte.[12] Die Komplexibilität des G-DRG-Systems wird insbesondere an der zahlenmäßigen Entwicklung der einzelnen Fallpauschalen und an den vereinbarten Zusatzentgelten erkennbar. Im Jahr 2003 gab es 664 Fallpauschalen und 26 Zusatzentgelte (2004), wobei der Anstieg in den letzten Jahren stetig abnimmt und es im Rahmen der aktuellen Weiterentwicklung mehr Anpassungen im Bereich der Gewichtungen und Bewertungen gibt. Im Vergleich zum Jahr 2010 reduzierte sich die Zahl der Fallpauschalen erstmalig um 6 DRG´s für das Jahr 2011.[13]

2.2.2 Deutsche Kodierrichtlinien

Gemeinsam mit dem geltenden Fallpauschalenkatalog bilden die deutschen Kodierrichtlinien die Grundlagen für eine korrekte und gleichmäßige Verschlüsselung von stationären Behandlungsfällen unter Berücksichtigung der ICD 10 GM sowie der OPS. Die Verabschiedung der jeweiligen Kodierrichtlinien erfolgt ebenfalls auf der Grundlage des § 17b des KHG zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der PKV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Mit diesen Kodierrichtlinien wird eine bundesweit einheitliche Kodierung und Kalkulation der DRG´s durch die Leistungserbringer sichergestellt.[14] Die Veröffentlichungen der überarbeiteten Kodierrichtlinien erfolgt in der Regel jährlich durch das InEK und die jeweilige Version der Richtlinien wird durch eine zusätzliche Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner basierend auf § 17b des KHG in Kraft gesetzt.[15]

Die Hauptaufgabe dieser Bestimmungen ist neben der grundsätzlichen Richtlinienfunktion und Unterstützung des Ab-

8 Vgl. InEK (2011a): Liste der Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung. 27.04.2011: Nach Bundesländern differenzierte Aufstellung der Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung. Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/ cms/Kalkulation2/DRGFallpauschalen_17b_KHG/Vereinbarung/Liste_der_Krankenhaeuser_ mit_Kalkulationsvereinbarung (01.08.2011), S. 1.

9 Vgl. DIMDI (2011): Basiswissen Kodieren. Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS. herausgegeben vom DIMDI. Online verfügbar unter: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/basiswissen-kodieren-2010.pdf (26.07.2011), S. 5.

10 Vgl. http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2011/Grouper_Zertifizierung/Grouper_Zertifizierung_2011.

11 Vgl. GKV Spitzenverband (2011a): Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011. (Fallpauschalenvereinbarung 2011 – FPV 2011) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln gemeinsam und einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/FPV_2011_2010_09_23_14582.pdf (27.07.2011).

12 Vgl. PKV (2010): Gemeinsame Pressemeldung. PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Deutsche Krankenhausgesellschaft. GKV Spitzenverband. Berlin 30. September. Katalog der Krankenhaus-Fallpauschalen für 2011 verabschiedet. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2010_09_30_PM_DRG-Katalog_2011_14581.pdf (27.07.2011).S. 1-2.

13 Vgl. http://www.mds-ev.de/Krankenhausfinanzierung.htm.

14 Vgl. GKV Spitzenverband (2011b): Vereinbarung zu den deutschen Kodierrichtlinien Version 2011 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/DKR_2010_ Vereinbarung_2011_230910_unterschrb_15121.pdf (27.07.2011).

15 Vgl. GKV-Spitzenverband 2011b, S. 2-3.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-4-42
Generiert durch IP '13.59.168.20', am 10.09.2024, 09:17:05.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

rechnungsverfahrens im deutschen DRG-System die Weiterentwicklung und Sicherstellung einer transparenten Kodierqualität.[16] Zusätzlich ermöglicht die regelmäßige Überarbeitung der Kodierrichtlinien eine Anpassung an den medizinischen Fortschritt, eine eindeutige Zuweisung von Haupt- und Nebendiagnosen und eine eindeutige Verschlüsselung von komplexen Behandlungsfällen. Insgesamt bilden die Kodierrichtlinien den durch die Partner der Selbstverwaltung im Konsens vereinbarten Handlungsleitfaden für die sachgerechte Anwendung der Kodierung und sind für alle beteiligten Abrechnungspartner im G-DRG-System bindend. Die Weiterentwicklung der Richtlinien wird über ein durch die Partner der Selbstverwaltung vereinbartes regelhaftes Verfahren und einen strukturierten Dialog von interessierten Institutionen unter Koordination des InEK sichergestellt. Im Rahmen dieses Vorschlagsverfahrens können Weiterentwicklungen, Änderungsvorschläge und Konkretisierungen in die Diskussion eingebracht werden.[17] Beispielhaft erfolgte die Erarbeitung der Version für 2011 unter Beteiligung des deutschen Pflegerates und der Bundesärztekammer. Ein Ergebnis dieser Mitwirkung war die erstmalige Aufnahme und Abbildung von hochaufwendigen Pflegemaßnahmen innerhalb der Operationen- und Prozedurenschlüssel.

Für die Weiterentwicklung der ICD-10-GM- und OPS Versionen wird ein analoges Vorschlagsverfahren genutzt, welches durch das DIMDI koordiniert wird. Grundsätzlich erfolgt eine Veröffentlichung aller beteiligten Institutionen innerhalb der Vorschlagsverfahren mit einer kurzen Beschreibung der vorgeschlagenen Inhalte über das InEK.[18]

2.2.3 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Neben den bereits beschriebenen Systembausteinen bilden die sogenannten NUB´s einen weiteren Schwerpunkt des DRG-Systems. Um die Implementierung von neuen und innovativen Verfahren nicht durch das pauschalisierte DRG-Verfahren zu verhindern und ihren Einsatz im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung zu ermöglichen, besteht auf der Basis des § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeldgesetzes (KHEntgG) die Möglichkeit, für diese Methoden eine separate Vergütung zu vereinbaren. Die praxisrelevante Koordination für dieses Verfahren erfolgt auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen den Selbstverwaltungspartnern aus dem Jahr 2004 und wird ebenfalls durch das InEK in Form eines strukturierten Dialogs inklusive eines speziellen Erfassungstools sichergestellt.[19] Mit diesen zeitlich befristeten Vergütungsvereinbahrungen wird den Leistungserbringern ermöglicht, diese Innovationen bereits vor der Implementierung in das DRG-System anzuwenden und gesondert abzurechnen. Hintergrund für diese Regelung ist die Überbrückung des Zeitraumes, der für die Prüfung und Implementierung der NUB in das DRG-System notwendig ist. Der Geltungsbereich für diese Vereinbarung erfasst allerdings nur neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die noch nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) abgelehnt/ausgeschlossen sind.[20] Zusätzlich müssen die NUB´s von jedem Krankenhaus einzeln im Rahmen des beschriebenen Verfahrens fristgemäß bis zum 31. Oktober des Jahres beantragt werden. Nach der Prüfung durch das InEK werden die beantragten Verfahren mit einem Status belegt. Abhängig vom erteilten Status (Status 1 – 4) durch das InEK ist dann eine Vergütung von entsprechenden Zusatzentgelten durch die Vertragsparteien möglich.[21] Gleichzeitig erfolgt eine kontinuierliche Prüfung von NUB-Leistung und deren Implementierung in das bestehende G-DRG-System durch das InEK. Für das Jahr 2011 wurden beispielweise weitere sieben NUB als Zusatzentgelte in den Fallpauschalenkatalog 2011 aufgenommen und weitere bereits aufgenommene NUB auf eine sachgerechte Vergütung überprüft.[22]

2.2.4 Definitionshandbuch

Für die Kodierung der erbrachten DRG ist neben einer Groupersoftware das aktuelle Definitionshandbuch unabdingbar. Es beschreibt die Definition der einzelnen DRG´s und auch die Zuordnungsprozeduren für die ausgewählten MDC´s (Major Diagnostic Category) durch den angewandten Grouper. Zusätzlich enthält das Handbuch die Kodelisten für die einzelnen DRG´s und bietet dem Anwender einen umfassenden Überblick über das DRG-System. In diesem Kontext erläutert das Definitionshandbuch die grundsätzliche Kodiersystematik, beschreibt die einzelnen DRG´s in Kurzform und zeigt deren zunehmende Differenzierung in einer transparenten und tabellarischen Form auf.[23] Neben der Vorstellung der grundsätzlichen Gruppierung und der Darstellung der entsprechenden Algorithmen, der Notation der DRG´s, dem Umgang mit Schweregraden bezogen auf Komplikationen/Komorbiditäten (CCL-Complication or comorbidity le-

16 Vgl. GKV Spitzenverband (2002): Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine undSpezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Version 2002. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Deutsche_Kodierrichtlinien_ 2002_ 1324.pdf (27.07.2011), S. III-IV.

17 Vgl. InEK (2010a): Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Entwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 (Vorschlagsverfahren 2012). Online Verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/8712.RS410-10_Anlage_2.PDF (27.07.2011),, S. 1-2.

18 Vgl. InEK (2010b): Aktuelles Vorschlagsverfahren. Anlage 1 zum Rundschreiben Nr. 410/2010 vom 08.12.2010. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/8711.RS410-10_Anlage_1.PDF (27.07.2011), S.1-2.

19 Vgl. InEK (2004): Vereinbarung zu § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG - Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – (N U B). Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/cms/Neue_Untersuchungs-_und_Behandlungsmethoden_NUB/Rechtsgrundlage/Vereinbarung_gem._6_Abs._2_KHEntgG (27.07.2011), S. 1-4.

20 Vgl. GBA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2008): Zugangswege von Innovationen in die Gesetzliche Krankenversicherung Online verfügbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2614/Merkblatt_Innovationen_2010-07-01.pdf (27.07.2011), S. 16.

21 Vgl. NUB-Kalkulationsempfehlung (2005): Empfehlung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG für die Kalkulation von Zusatzentgelten. Online verfügbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/drg_system/nub/kalk_ze_empfehlung.pdf (27.07.2011), S. 2-3.

22 Vgl. InEK (2011b): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2011/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur_Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2011 (27.07.2011), S. 66-68.

23 Vgl. InEK (2010c): G-DRG German Diagnosis Related Groups. Version 2011. Definitionshandbuch. Kompaktversion. Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/2849 (27.07.2011) , S. 10.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-4-42
Generiert durch IP '13.59.168.20', am 10.09.2024, 09:17:05.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

vel) und weiteren systemrelevanten Faktoren, bildet das Handbuch die Basis für eine qualifizierte Kodierungsarbeit.[24]

Fallpauschalen-Katalog, Kodierrichtlinien, Algorythmus für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Definitionshandbuch sind Grundelemente des G-DRG-Systems

Anhand dieser vier vorgestellten Bausteine des G-DRG-Systems werden der Umfang und die Komplexität dieses Kodierungs- und Abrechnungssystems innerhalb der Krankenhausfinanzierung deutlich. Diese Darstellung zeigt nur einen stark vereinfachten Überblick des DRG-Systems und verzichtet auf eine detaillierte Beschreibung von weiteren Faktoren des Kodierungssystems. Beispielsweise sind dies die Klassifikationssystematik des Fallgruppensystems, das Verfahren der Preisbildung und die Definition von weiteren Kennzahlen (z. B. Case-Mix oder Case-Mix-Index (CMI)).

3. Die Rolle und Funktion des MDK im G-DRG-System

Im Rahmen des G-DRG-Systems nehmen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung unterschiedliche Funktionen und Rollen wahr. Im Fokus der öffentlichen Meinung wird der MDK häufig nur auf seine Prüftätigkeit im Auftrag der Kassen reduziert. Da dieses Tätigkeitsfeld eine erhebliche politische und finanzielle Wirkung für die Partner innerhalb des G-DRG-System hat, stehen die Prüfergebnisse des MDK immer wieder im Spannungsfeld kontroverser Diskussionen. Weiterhin erfolgen in diesen Auseinandersetzungen immer wieder pauschale und undifferenzierte Schuldzuweisungen an die MDK-Gemeinschaft. Diese beziehen sich beispielsweise auf das Prüfverfahren des MDK, die fachliche Qualifikation der Prüfer, den bürokratischen Verwaltungsaufwand sowie auf die Objektivität und Unabhängigkeit der Gutachter. Begleitet werden diese kritischen Aspekte von pauschalisierten Negativbeispielen aus der Prüfpraxis.[25] Zur Versachlichung dieser Diskussion werden im Folgenden die Rollen des MDK als Prüfinstitution, als Wissensdienstleister und als beratender Partner innerhalb der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beschrieben.

3.1 Der MDK als Prüfinstitution

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Komplexität und der finanziellen Dimensionen dieses Abrechnungssystems ist erkennbar, dass das deutsche DRG-Fallpauschalensystem einen der größten Umbrüche im deutschen Gesundheitssystem darstellt.[26] Mit der Implementierung dieses Vergütungssystems wurde die grundsätzliche Kostenverantwortung von den Krankenkassen an die Krankenhäuser übertragen und die zukünftige Kostenentwicklung von den systemimmanenten Kalkulationsverfahren geprägt.[27] In diesem Kontext ist das G-DRG-System als lernendes System zu verstehen und wird mit den beschriebenen Bausteinen kontinuierlich weiterentwickelt. Obwohl die fachliche Weiterentwicklung durch die Prozessbeteiligten unter der Verantwortung des InEK in den letzten Jahren überwiegend reibungslos funktioniert und konsentiert wird, birgt das System einerseits eine hohe mögliche Fehlerquote und andererseits auch die Möglichkeit zur Manipulation von Abrechnungsdaten. Die Krankenkassen als Kostenträger sind vor diesem Hintergrund gesetzlich verpflichtet die Rechnungsdaten der Kostenträger nach § 275 SGB V zu prüfen und eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen:

»Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,«[28]

Zusätzlich hat der Gesetzgeber die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK alle erforderlichen Daten vorzulegen, die für die sachgerechte Beratung und Begutachtung erforderlich sind und den MDK gleichzeitig befugt, im Rahmen der Prüfung auch die Versorgungseinrichtungen zu betreten sowie bei Erfordernis auch eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen.[29] Ergänzt und konkretisiert werden diese Aufgaben durch den §17c des KHG in dem zusätzlich die Pflicht der Krankenhausträger formuliert wurde, Aufnahmen von Patienten zu vermeiden, die keiner stationären Behandlung bedürfen (Fehlbelegungen), dass eine vorzeitige Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt, eine ordnungsgemäße Abrechnung erfolgt und dem MDK die Befugnis zur Stichprobenprüfung ermöglicht wird. Die Ausgestaltung dieser gesetzlichen Regelung kann auf der Ebene der Bundesländer durch landesspezifische Rahmenverträge und Vereinbarungen ergänzt werden.[30] Auf der Bundesebene wurde diese gesetzliche Regelung durch eine gemeinsame Empfehlung der DKG und der Krankenkassenverbände zum Prüfverfahren nach § 17c KHG im Jahr 2005 konkretisiert. Unter anderem regelt diese Vereinbarung die Stichprobenziehung, die Prüfmaßstäbe und das Prüfverfahren.[31]

Bezogen auf diese gesetzlichen Regelungen wurden die Medizinischen Dienste im Jahr 2009 mit 2,3 Millionen anlassbezogenen Prüfungen durch die Kranken-

Im Fokus der öffentlichen Meinung wird der MDK häufig nur auf seine Prüftätigkeit im Auftrag der Kassen reduziert.

24 Vgl. Kuntz, Ludwig; Pick, Verena (2010): Krankenhaus-Controlling und –finanzierung. In: Lauterbach, Karl, W.; Lüngen, Markus; Schrappe, Matthias (Hrsg.) (2010): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based-Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 237-258 , S. 238.

25 Vgl. Bayrische Krankenhausgesellschaft e.V. 2011a; DKG 2011, S. 518-519.

26 Vgl. Simon 2010, 297.

27 Vgl. Lüngen, M.; Rath, T.; Schwartze, D.; Büscher, G.; Bokern, E. (2009): Konzentrationstendenzen in der stationären onkologischen Versorgung nach Einführung von Diagnosis-Related Groups in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen. Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Medizinischer Dienst, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung, Jg. 71, Heft 12, S. 809-815, S. 810.

28 SGB V § 275.

29 Vgl. SGB V SGB § 276.

30 Vgl. Dirschedl, P.; Waibel, B.; Mohrmann, M. (2010): Sozialmedizinische Begutachtung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung Im G-GDR-System. In. Das Gesundheitswesen. Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Medizinischer Dienst, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung, Jg. 72, Heft 7, S. 433-440

31 Vgl. MDS (2011): Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG. Online verfügbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/Gemeinsame_Bundesempfehlung.pdf (27.07.2011).

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-4-42
Generiert durch IP '13.59.168.20', am 10.09.2024, 09:17:05.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

kassen beauftragt. Diese Fallzahl bezieht sich auf ein gesamtes Abrechnungspotential von circa 17 Millionen Behandlungsfällen[32] mit einem Finanzvolumen von rund 55 Milliarden Euro. Anhand des Gesamtumsatzes der 2084 deutschen Krankenhäuser in Höhe von 66,7 Milliarden Euro wird deutlich,[33] welche Kostenwirkung das G-DRG-System auf die Kostenträger und Leistungserbringer entfaltet.

Da dieser Bereich mit circa 12 % der gesamten DRG-Abrechnungsfälle einen erheblichen Anteil der MDK-Ressourcen in Anspruch nimmt, steht ein effizienter Ressourceneinsatz im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots (§§ 2und 12 SGB V) außer Frage. In der Praxis erfolgt deshalb eine gewisse Vorsortierung durch die beteiligten Kassen. Somit ist davon auszugehen, dass die zur Prüfung vorgelegten Fälle überwiegend Hinweise auf eine mögliche fehlerhafte Kodierung oder Fehlbelegungstatbestände aufweisen.[34] Nach den Prüfergebnissen der MDK-Gemeinschaft werden in circa 40% der geprüften Fälle Beanstandungen identifiziert und durchschnittliche Rückforderung im Bereich von 734 - 937 Euro für das Jahr 2009 ermittelt. Nach Angaben der MDK-Gemeinschaft sind in dem ermittelten Rückforderungsvolumen auch die nicht bemängelten Abrechnungsfälle und die zugunsten der Leistungserbringer korrigierten Fälle enthalten.[35] Diese Ergebnisse werden durch weitere Quellen und Prüfverfahren anderer Institutionen bestätigt. Im MDK Rheinland-Pfalz lag die Quote der zu Gunsten der Kostenträger beanstandeten DRG-Abrechnungen bereits in den Jahren 2004 und 2005 jeweils bei rund 31% der geprüften Fälle. [36] Die AOK-Bayern beziffert ihre Beanstandungsquote bei 200000 geprüften Fällen in 2011 auf rund 50 % und das Rückforderungsvolumen auf rund 110 Millionen Euro.[37] Die AOK Baden-Württemberg teilt ebenfalls Fehlerquoten von 40% und Rückforderungen in Höhe von 55 Millionen bezogen auf die DRG-Prüfungen für 2011 mit.[38] In den Bemerkungen des Bundesrechnungshofes 2010 wird die Höhe der fehlerhaften DRG-Fälle mit rund 30 % angegeben und das theoretische und bundesweite Rückforderungsvolumen für die Kassen auf 875 Millionen Euro geschätzt. Obwohl dieser Kostenberechnung (Methodik) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nicht gefolgt wurde, erfolgte in diesem Kontext aber eine Bestätigung der Ergebnisse der MDK-Gemeinschaft.[39] Der Prüfdienst der Krankenkassen (PDK) der im Auftrag des Bundesversicherungsamt die bundesunmittelbaren Krankenkassen prüft, kommt in seinen Prüfungen zu mdk-analogen Ergebnissen. Diese beziehen sich ebenfalls auf die Kodierqualität und die Notwendigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen bzw. den entsprechenden Verweildauern.[40]

3.2 Der MDK als Wissensdienstleister und beratender Partner

Die Funktion des MDK als Wissensdienstleister und der Beitrag als Partner bei der Weiterentwicklung und Konkretisierung des G-DRG-Systems wird hingegen häufig übersehen. Zusätzlich bereitet der MDK die aus den Prüfverfahren gewonnenen fachlichen und strukturellen Informationen auf und verarbeitet diese erworbenen Informationen in Form von rechtlich nicht bindenden Kodierempfehlungen. Zu diesem Zweck wurde innerhalb der MDK-Gemeinschaft eine bundesweite Datenbank eingerichtet und die Sozialmedizinische Expertengruppe (SEG 4) »Vergütung und Abrechnung« mit der Betreuung dieser Datenbank beauftragt. Die Ergebnisse dieser Abstimmungsprozesse werden über die Internetseite des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e.V (MDS) für alle Partner des G-DRG-Systems zur Verfügung gestellt. Mit diesem Verfahren verbessert der MDK die Transparenz des bestehenden Systems, unterstützt die Weiterentwicklung der Kodierqualität und leistet somit langfristig einen Beitrag zur Reduzierung der strittigen DRG-Fälle.[41]

Weiterhin generiert dieser methodische Prozess Synergien, die die gewonnen Erkenntnisse direkt in die Begutachtungspraxis einfließen lassen, eine bundesweite Vereinheitlichung der Kodierqualität unterstützen und die Expertenkompetenz der MDK-Gutachter optimal und ressourcenorientiert einsetzt. Die kostenlose Bereitstellung dieser Datenbank bzw. die Downloadmöglichkeit der regelmäßig aktualisierten Kodierempfehlungen[42] mit einem Umfang von rund 400 Problembeschreibungen inklusive einer erläuternden Kodierempfehlung zeigt deutlich, dass der MDK effizient und ressourcenorientiert arbeitet. Zugleich wird die Rolle als Wissensdienstleister dokumentiert und ein partnerschaftlich orientierter Ansatz innerhalb des DRG-Systems verdeutlicht. Weiterhin beteiligen sich die Mitglieder der MDK-Gemeinschaft aktiv an der Quali-

32 Vgl. Statistisches Bundesamt 2010: Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren und Fallpauschalen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. 2009. Online verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Krankenhaeuser/FallpauschalenKrankenhaus 2120640097004, property=file.pdf (27.07.2011), S. 10.

33 Vgl. Statistisches Bundesamt 2011: Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser. 2009. Online verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Krankenhaeuser/Kostennachweis Krankenhaeuser 2120630097004, property=file.pdf (27.07.2011), S. 6.

34 Vgl. MDK-Gemeinschaft (2010): Abrechnungsprüfungen der MDK in Krankenhäusern sind angemessen, wirtschaftlich und zielführend. Zahlen und Fakten der MDK-Gemeinschaft Positionspapier der MDK-Gemeinschaft. Stand: 22. November 2010. Online verfügbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/Informationspapier_KH-Abrechnungspruefungen.pdf (27.07.2011), S. 4.

35 Vgl. MDK-Gemeinschaft 2010, S. 4-6.

36 Vgl. Kuls/Weibler-Villalobos 2008, S. 2.

37 Vgl. AOK Bayern (2011): News aus Bayern. 10.05.2011. Fehlerhafte Krankenhausrechnungen. Online verfügbar unter: http://www.aok.de/bayern/nachrichten/index_176551.php (27.07.2011).

38 Vgl. AOK Baden-Württemberg (2011): AOK-Presseservice. 27.04.2011. AOK: 40 Prozent der geprüften Krankenhausrechnungen im Jahr 2009 fehlerhaft. Krankenhäuser müssen 55 Millionen Euro an die AOK zurückzahlen. Online verfügbar unter: http://www.aok.de/assets/media/baden-wuerttemberg/pi_aok-badenwuerttemberg_2011_04_27.pdf (27.07.2011), S. 1-3.

39 Vgl. Bundesregierung (2011a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Inge Höger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/5646 –. Fehlerhafte Krankenhausabrechnungen. Online verfügbar unter: http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/057/1705742.pdf (27.07.2011).

40 Vgl. Bundesversicherungsamt (2011): Tätigkeitsbericht 2010. Online verfügbar unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046108/DE/Publikationen/Taetigkeitsbericht/TB__2010,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/TB_2010.pdf (27.07.2011),S. 127–129.

41 Vgl. MDK (2006): Einleitung für die Datenbank Kodierempfehlungen der SEG 4 Aktualisiert am 09.11.2006. Online verfügbar unter: http://www.mdk.de/media/pdf/Kodierempfehlungen_Einfuehrung_.pdf (27.07.2011).

42 Vgl. MDK (2011): 001 – 40. Aktualisierungen und neue Empfehlungen vom 16.06.2011. Online verfügbar unter: http://www.mdk.de/media/pdf/DRG-KodEmpf_001-401_110616.pdf (27.07.2011).

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-4-42
Generiert durch IP '13.59.168.20', am 10.09.2024, 09:17:05.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

tätssicherung und Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems, nehmen am jährlichen Vorschlagsverfahren gemäß § 17 KHG teil und stellen ihre Erfahrungen aus dem Prüfverfahren für die Aktualisierung der Kodierrichtlinien zur Verfügung.[43]

4. Fazit

Unter Berücksichtigung der dargestellten Komplexität des G-DRG-Systems und der beschriebenen Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankversicherung ist zu erwarten, dass sich das Spannungsfeld in dem sich der MDK als Organisation bewegen muss, kurzfristig nicht auflösen lässt. Obwohl deutlich wird, dass dieses System einem kontinuierlichen Veränderungs- und Weiterentwicklungsprozess durch die Partner der Selbstverwaltung unterliegt, wird durch die vorliegenden Prüfergebnisse erkennbar, dass auch zukünftig eine Überprüfung der Abrechnungspraxis notwendig und sinnvoll ist.[44] Leider wird diese Erkenntnis nur widerwillig von den Leistungserbringern akzeptiert und mit Pauschalkritik am MDK verknüpft. Obwohl die Kritik der Leistungserbringer überwiegend auf die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern bzw. auf Korrekturen des gesetzlichen Prüfungsauftrages abzielt, wird der MDK in diesem Zusammenhang immer wieder mit negativen Einzelfallbeispielen genannt.[45]

Im Sinne eines nachhaltigen Weiterentwicklungsprozesses bietet die aktuelle Entwicklung für den MDK dennoch mehr Chancen als Risiken und ermöglicht ihm die Option, sich innerhalb des G-DRG-Systems als Bindeglied zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern einzubringen.

Neben den mit der Kodierung beschäftigten Mitarbeitern innerhalb der Kliniken (Ärzte, spezialisierte Pflege- und Kodierfachkräfte, Medizincontroller) stellen die Gutachter des MDK die zweitgrößte, in das Abrechnungssystem involvierte Personengruppe dar. Wenn in diesem Kontext außerdem die durch den § 275 SGB V gesetzlich geschützte Gewissensfreiheit der Gutachter und die sozialmedizinische Expertenkompetenz berücksichtigt wird, sollte es möglich sein, einen nicht unerheblichen Beitrag für eine bessere Transparenz und Qualität des G-DRG-Systems zu leisten und diesen Anteil zur besseren Verständigung zu nutzen. Unabhängig von dem sicherlich auch zukünftig notwendigen Prüfauftrag durch die Krankenkassen, sollten die Krankenhäuser auch die Abrechnungsprüfungen als Chance verstehen. Mit einer Begegnung auf Augenhöhe und einer gegenseitigen Akzeptanz lassen sich Konflikte im Prüfverfahren schneller auflösen[46] und gleichzeitig Fehlentwicklungen innerhalb des Kodierverhaltens vermeiden.

Eine Methode zur Verbesserung der Kommunikation und einer nachhaltigen Kodierung könnte zum Beispiel der Ausbau der Begutachtung vor Ort nach § 275 SGB V sein. Obwohl diese Prüfungsform zuerst eine höhere Vorbereitungszeit erfordert, hat sich in der Praxis gezeigt, dass im Regelfall ein schnellerer und konsentierter Fallabschluss erfolgt. Zusätzlich werden die Laufzeiten der einzelnen Fälle und die zeitaufwendigen Widerspruchsraten reduziert. Konflikte und Rückfragen können gleich vor Ort geklärt werden und implizieren auf dieser Basis eine gegenseitige Wertschätzung.

Im Sinne eines nachhaltigen Weiterentwicklungsprozesses bietet die aktuelle Entwicklung für den MDK dennoch mehr Chancen als Risiken

Für die Kostenträger hat dieser Lösungsansatz den Vorteil, dass die Lernkurve bei den beteiligten Krankenhäusern höher ist, die Quote der fehlerhaften DRG-Fälle sinkt und eine Kostenreduzierung erreicht wird. Aus Sicht der Krankenhäuser kann diese Vorgehensweise die Risikovorsorge für Rückforderungen der Kassen minimieren und die finanzielle Planungssicherheit verbessern. Weiterhin lassen sich die Wartezeiten bis zu einem erfolgreichen und endgültigen Fallabschluss reduzieren. Mit diesem Verfahren kann ein Krankenhaus sein strategisches Management stärken, die Akzeptanz der Ärzte für eine möglichst vollständige Kodierung erhöhen und gleichzeitig die Ressourcenausstattung der betroffenen Organisationseinheiten durch verfügbare Finanzmittel verbessern.[47]

Gerade bei der Bearbeitung von strittigen Krankenhausfällen kann der MDK seine Expertenkompetenz einbringen und Lösungswege zu einer besseren und nachhaltigen Kodierqualität aufzeigen. Für den Gutachter des MDK bedeutet dieser Prozessansatz sich ständig über die aktuellen fachlichen, methodischen und juristischen Entwicklungen im G-DRG-System zu informieren und gleichzeitig seine eigenen Maßstäbe und Grundsätze zu reflektieren.[48] Dies bezieht sich auch auf die Fähigkeit, sich in die Entscheidungsfindung des jeweiligen Krankenhausarztes hineinzuversetzen und diese unter ethischen und ökonomischen Gesichtspunkten zu bewerten. In diesem Kontext wird ergänzend auf die Vorgabe des § 275 SGB V verwiesen, dass der MDK-Gutachter nicht in die Behandlung der Versicherten eingreifen darf, er aber im gleichen Kontext in seiner Entscheidung unabhängig und nur seinem Gewissen unterworfen ist. Belegen lässt sich diese Grundhaltung mit der Tatsache, dass DRG-Prüfungen nicht nur Kürzungen zu Gunsten der

43 Vgl. MDK-Gemeinschaft 2010, S. 3.

44 Vgl. Bundesregierung (2011b): Unterrichtung durch den Bundesrechnungshof. Bemerkungen des Bundesrechnungshofes 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes. – Weitere Prüfungsergebnisse – Drucksache 17/5350. Online verfügbar unter: http://www.aokgesundheitsparner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/abrechnung/bund_krankenhaus_bericht_bundesrechungshof.pdf (27.07.2011),S. 26-27.

45 Vgl. Bayrische Krankenhausgesellschaft (2011b): Statement. Siegfried Hasenbein. Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG) bei der BKG-Pressekonferenz am 29.07.2011. »Was ist dran am Vorwurf der Falschabrechnung in Krankenhäusern?«. Online verfügbar unter: http://www.bkg-online.de/media/file/10353.Statement_PK-Falschabrechnung.pdf (27.07.2011), S. 3-4.

46 Vgl. Flintrop, Jens (2009): MEDIZINISCHE DIENSTE DER KRANKENVERSICHERUNG. Ungeliebt, aber geachtet. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) begehen ihr 20-jähriges Jubiläum. Für die meisten Ärztinnen und Ärzte ist dies kein Anlass zum Feiern. Online verfügbar unter: http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=66490 (27.07.2011), S. 2138.

47 Vgl. Vera, A. (2009): Die »Industrialisierung« des Krankenhauswesens durch die DRG-Fallpauschalen –eine interdisziplinäre Analyse. In. Das Gesundheitswesen. Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Medizinischer Dienst, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung, Jg. 71, Heft 3, S. 161-162, S. 161.

48 Vgl. Dirschedl/Waibel/Mohrmann 2010, S.440.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-4-42
Generiert durch IP '13.59.168.20', am 10.09.2024, 09:17:05.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Krankenkassen auslösen, sondern auch Erstattungen zu Gunsten von Krankenhäusern generieren.[49] Der Gutachter des MDK ist gefordert, im Interesse einer bestmöglichsten Akzeptanz seiner gutachterlichen Stellungnahmen, diese nachvollziehbar, transparent und nach einheitlichen Standards zu erstellen. Nur mit diesen Maßstäben können die Entscheidungen von den Auftraggebern im Rahmen der Leistungsentscheidung akzeptiert werden[50] und der Kritik einer nicht unabhängigen Entscheidungsfindung begegnet werden.

Die Krankenhäuser sollten im Sinne einer nachhaltigen und transparenten Kodierpraxis ebenfalls an einer sachgerechten Prüfung interessiert sein und das Verfahren als Chance nutzen, um den aktuell nachweisbaren und noch vorhandenen Anteil der »Maximalkodierer« in ihren Reihen zu reduzieren. Beispielhaft wird hier auf den geschilderten Extremfall aus dem Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes verwiesen, bei dem ein Neugeborenes mit fehlerhaften Nebendiagnosen auf den vierfachen Erlös kodiert wurde.[51]

Die Krankenhäuser sollten im Sinne einer nachhaltigen und transparenten Kodierpraxis ebenfalls an einer sachgerechten Prüfung interessiert sein.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass auch dieser Fall sicherlich nicht regelhaft für das Gesamtsystem zu verstehen ist und im Kontext der angespannten und konfliktbeladenen Kostendiskussion einzuordnen ist. Selbst die DKG und beispielweise die Bayrische Krankenhausgesellschaft weisen in ihren kritisch gefassten Stellungnahmen zum Vorwurf der Krankenkassen zur fehlerhaften Abrechnungspraxis durchaus darauf hin, dass der überwiegende Teil der Krankenhäuser korrekt abrechnet, aber fehlerhafte Abrechnungen/Kodierungen nicht vollständig auszuschließen sind und eine konstruktive sowie ergebnisorientierte Zusammenarbeit mit dem MDK möglich ist.[52] Obwohl die Krankenhäuser die Abrechnungsprüfungen immer wieder methodisch und fachlich in Frage stellen, zeigt die Prüfpraxis der letzen Jahre, dass die Bereitschaft zur Zusammenarbeit vorhanden ist und losgelöst von den politisch und finanziell begründeten Diskussionen gut funktioniert. Die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten inklusive des MDK lässt sich weiterhin im Rahmen der Vorschlagsverfahren, der Begleitforschung und bei der jährlichen Überarbeitung der Kodierrichtlinien belegen.

Im Rahmen eines Abrechnungsverfahrens mit rund 17 Millionen Abrechnungsfällen pro Jahr lassen sich für beide Argumentationsketten immer wieder Extrembeispiele für fehlerhafte Kodierungen und Entscheidungen finden bzw. belegen.[53] Inwieweit die Aufrechnung dieser Fallbeispiele und die politischen Statements[54] einem sachorientierten Lösungsansatz dienen, soll an dieser Stelle nicht weiter kommentiert werden.

Losgelöst von den strittigen Fragen zur Abrechnungs- und Prüfpraxis, zeigen die erarbeiteten Gutachten, Stellungnahmen, Argumentationspapiere, Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage der Partei »Die Linke« und die Prüfberichte des Bundeversicherungsamtes bzw. des Bundesrechnungshofes[55] sowie der Endbericht zur G-DRG –Begleitforschung verschiedene Hinweise und Schnittstellenproblematiken innerhalb des G-DRG-Systems auf. Stellvertretend für die Gesamtheit dieser Hinweise und Argumente wird an dieser Stelle auf die ungeklärten Fragen und Differenzen zur Stichprobenprüfung nach § 17c KHG, der seit Jahren fast unveränderten bzw. steigenden Fehlerquoten[56], der Wirkungsweise der z.Zt. (noch?) asymmetrisch zugunsten der Kliniken erhobenen Aufwandspauschalen von 300 Euro bei korrekter Abrechnung und dem Dokumentationsverfahren verwiesen.

In allen diesen strittigen Punkten könnte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung seine Experten- und Fachkompetenz einbringen und im Rahmen der Prüfpraxis einen nicht unerheblichen Beitrag zur Transparenz und Qualitätssicherung des G-DRG-System einbringen. Zusätzlich besteht im Rahmen der vorliegenden Ergebnisse der G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG und der bearbeiteten Fallzahl durch die MDK-Gemeinschaft, ein bedeutendes Erfahrungswissen, das durch den MDK in die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems implementiert werden könnte.[57]

49 Vgl. Kölbel 2009, Tabelle 1-2.

50 Vgl. Nüchtern, E.; Mohrmann, M. (2011): Führung ärztlicher Gutachter. Im G-GDR-System. In. Das Gesundheitswesen. Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Medizinischer Dienst, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung, Jg. 73, Heft 6, S. 350-356

51 Vgl. Bundesversicherungsamt 2011, S. 128

52 Vgl. Bayrische Krankenhausgesellschaft e.V. 2011b, S. 4-5.

53 Vgl. Bayrische Krankenhausgesellschaft (2011a): Schluss mit dem Vorwurf der Falschabrechnung! Krankenhäuser wehren sich gegen unsachliche Kritik. Notwendigkeit der Aufnahme ins Krankenhaus. Online verfügbar unter: http://www.bkg-online.de/media/file/10354.Einzelbeispiele.pdf (27.07.2011),DKG (2011): DKG wehrt sich gegen den Vorwurf der Falschabrechnung. Kassen führen unfaire Kampagne gegen Krankenhäuser. In: Das Krankenhaus. Heft 6/2010. S. 517-520; MDK-Gemeinschaft 2010. S. 7-8;

54 Vgl. Die Linke (2011): 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. Online verfügbar unter: http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/056/1705646.pdf (27.07.2011),Bundesregierung 2011a.

55 Vgl. Köbel, R. (2009): Gutachten für den AOK-Bundesverband zur Fragestellung: »Die Prüfung der Abrechnungen von Krankenhausleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bewertung aus kriminologischer Perspektive«. Online verfügbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/abrechnung/ kh_gutachten_koelbel_abrechnung_von_kh_leistungen.pdf (27.07.2011), Bundesregierung 2011a; Bundesversicherungsamt 2011, S. 128; DKG 2011, S. 518-519; GKV Spitzenverband (2010): Argumentationspapier zur Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Abrechnung_Abrechnungspruefung.gkvnet (27.07.2011).

56 Vgl. InEK; IGES (2011): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KGH. Endbericht des 2. Forschungszyklus (2006-2008).Juni 2011. Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/2944 (27.07.2011),S. 459-460.

57 Vgl. Inek/IGES 2011; S. 458-460.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-4-42
Generiert durch IP '13.59.168.20', am 10.09.2024, 09:17:05.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.