

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0249(19)  
gel. VB zur öAnhörung am 23.4.  
12\_PsychEntgelt  
17.04.2012



Berlin, den 17.04.2012

**Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung über ein  
„Gesetz zur Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und  
psychosomatische Einrichtungen“**

**Vorbemerkungen**

Finanzierungsgrundlagen für alle Krankenhäuser

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen im somatischen und psychiatrischen Bereich stehen insbesondere durch die jüngsten Tarifabschlüsse und Kostensteigerungen unter erheblichem Finanzierungsdruck. Zur adäquaten Abbildung des Personalaufwands und Überwindung der Kostenproblematik in den Einrichtungen sind die Einführung eines Tarifausgleichs sowie die zeitnahe Einführung des Orientierungswerts in voller Höhe notwendig.

Im Kontext der Einführung von Orientierungswert und Tarifausgleich forderte die Politik von Seite der Leistungserbringer ein Konzept zum Umgang mit Mehrleistungen. Das im Rahmen der DKG entwickelte Konzept zur Finanzierung von Mehrleistungen im DRG System wird vom BDPK unterstützt und ist eine geeignete Grundlage für weitere Diskussionen auch im psychiatrischen und psycho-somatischen Bereich.

MDK-Prüfungen

Der organisatorische und auch finanzielle Aufwand der MDK-Prüfungen nimmt ein Besorgnis erregendes Niveau an. Die derzeitige Praxis der Abrechnungsprüfung macht vom Instrument der Stichprobenprüfung (§ 17c KHG) zu wenig Gebrauch und führt Abrechnungsprüfungen insbesondere als Einzelfallprüfungen (§ 275 SGB V) durch. Häufig ist die Zielsetzung der Einzelfallprüfung durch die Krankenkassen nicht die Überprüfung der Korrektheit der Rechnung, sondern die Rechnungskürzung. Folge sind eine Flut von unsinnigen und systemwidrigen Prüfungen, der gesetzlich Einhalt geboten werden muss. Stichprobenprüfungen bieten das Potenzial, den Verwaltungsaufwand massiv zu verringern und müssen gefördert werden. Ein vom BDPK beauftragtes Diskussionspapier zu MDK-Prüfungen ist der Stellungnahme beigelegt.

## Finanzierungsgrundlagen für psychiatrische und psycho-somatische Kliniken

Der Entwurf der Bundesregierung deckt sich weitgehend mit der Systematik des KHEntgG für den Bereich der somatischen Erkrankungen. Für den Bereich der Somatik sind diese Regelungen des fallbezogenen Vergütungssystems, bisher als durchaus geglückt zu bewerten und führten in der Vergangenheit in Verbindung mit dem pauschalierenden Entgeltsystem auch zu positiven Veränderungen in der Versorgung der Patienten. Dies zeigen z.B. die Verweildauerverkürzungen bei gleichzeitig gesteigener Behandlungsqualität, was sicherlich u.a. an der Einführung von Behandlungspfaden, Spezialisierungen und auch der Transparenz in der Leistungserbringung liegt.

Solche Effizienzsteigerungen durch Verweildauerverkürzungen sind im Bereich der stationären Behandlung von psychiatrischen und psycho-somatischen Erkrankungen wegen stringenten krankenhauplanerischen Strukturvorgaben derzeit nicht möglich.

Die stationäre Versorgung psychisch und psycho-somatisch erkrankter Patienten unterscheidet sich von der Versorgung somatisch erkrankter Patienten. Deutlich wird dies an folgenden Punkten:

- Die Behandlung der psychiatrisch/psycho-somatischen Patienten soll möglichst wohnortnah erfolgen. Daraus resultieren kleinere Behandlungseinheiten, die nicht über die vermuteten Effizienzreserven verfügen. Eine gegebenenfalls wirtschaftlich sinnvolle Zusammenlegung der Behandlungsangebote gefährdet das Primat der wohnortnahen Versorgung.
- Die psychiatrische Versorgung ist durch die so genannte Pflichtversorgung gekennzeichnet. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser alle Patienten aus dem Pflichtversorgungsgebiet behandeln müssen. Hierfür müssen die psychiatrischen Krankenhäuser die entsprechenden Strukturvorgaben vorhalten und finanzieren. Ein leistungsbezogenes Vergütungssystem kollidiert mit diesem Prinzip.
- Im Bereich der psychiatrischen/psycho-somatischen Versorgung können die durch den Umstieg auf das neue Vergütungssystem entstehenden Verweildauerverkürzungen den Behandlungserfolg negativ beeinflussen. Erhoffte Effizienzgewinne werden vermutlich zu Lasten des Behandlungserfolgs erreicht.

Die mit dem Umstieg auf ein leistungsbezogenes Entgeltsystem verbundenen wirtschaftlichen Risiken für die psychiatrisch/psycho-somatischen Kliniken sind enorm. Die notwendige Anpassung der Kliniken an das neue Vergütungssystem wird dazu führen, dass Zielkonflikte im Hinblick auf die wohnortnahe Versorgung und die Pflichtversorgung entstehen. Aus diesem Grunde halten wir es für dringend notwendig, die Entscheidung zur finanzwirksamen Umstellung für die psychiatrischen/psycho-somatischen Kliniken zunächst zurückzustellen. Hierüber sollte in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren rechtzeitig vor dem Jahr 2017 entschieden werden.

## **Änderungsbedarf im Einzelnen**

### **1. Veränderungsrate/Orientierungswert**

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde der Orientierungswert als krankenhausspezifischer Kostenindex eingeführt. Dieser soll insbesondere die spezifische Entwicklung der Krankenhauskosten und -strukturen berücksichtigen und die Bindung an die Grundlohnsummensteigerungsrate ablösen. Der Orientierungswert muss neben einer Anwendung im somatischen Bereich ab dem Jahr 2013 auch im psychiatrischen und psycho-somatischen Bereich mit der Umstellung auf das neue Entgeltsystem zur Anwendung kommen.

### **Änderungsvorschlag:**

Die Vorgaben zur Anwendung der Regelung nach § 71 SGB V in den §§ 3, 4, 6 Abs. 3 und 10 BpflV n.F. sind entsprechend anzupassen und die Anwendung des Orientierungswerts zur Sicherstellung der Planungssicherheit ab dem Jahr 2013 für somatische, psychiatrische und psycho-somatische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen gesetzlich zu kodifizieren. Weiterhin sind die Vorgaben zur Anwendung der Veränderungsrate, durch die Anwendung des Orientierungswertes zu ersetzen.

## **2. Anreiz zur Nutzung des Optionsrechts in den Jahren 2013/2014**

Bereits bei Einführung des DRG-Systems in der Somatik wurde den Optionshäusern, welche bereits im Jahr 2003 auf das pauschalierte Entgeltsystem umgestiegen sind, ein Anreiz in Form veränderter Erlösausgleichssätze gesetzt. Im Jahr 2003 betrug der Mindererlösausgleichssatz 95 %.

Da sich der vorliegende Gesetzentwurf in wesentlichen Teilen an der Einführung des DRG-Systems und der damaligen Fassung des KHEntg orientiert, ist auch im Zuge der Einführung des Psych-Entgeltsystems für die Optionsjahre 2013 und 2014 ein Mindererlösausgleichssatz in Höhe von 95 % anzusetzen.

### **Änderungsvorschlag:**

#### **§ 3 Abs. 5 Satz 2 n.F. wird wie folgt gefasst**

Mindererlöse werden für die Jahre 2013 und 2014 zu 95 Prozent und ...

### **3. Mehrerlösausgleich (§ 3 Abs. 5, § 4 Abs. 8 n.F.)**

Die Kliniken sind bezogen auf den Ausgleich von Mehrerlösen erheblich schlechter gestellt als im somatischen Bereich. Dies sollte durch eine Anpassung von § 3 Abs. 5 und § 4 Abs. 8 vermieden werden.

#### **Änderungsvorschlag:**

#### **§ 3 Abs. 5 Nr. 3 sowie § 4 Abs. 8 Nr. 2 n.F. werden wie folgt gefasst:**

Mehrerlöse werden zu 65 Prozent ausgeglichen.

#### **4. § 4 Abs. 3 BPflV n.F. Finanzierung von Mehrleistungen auf Hausebene**

Die Absicht, zukünftig Mehrleistungen auf Hausebene nur zwischen 25,6% und 50% (2017-2021) finanzieren zu wollen verlagert das Morbiditätsrisiko, in einem Bereich auf die Krankenhäuser, in dem stark steigende Erkrankungszahlen zu erwarten sind.

Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung verfügt mit einer Personalkostenquote von ca. 80 % an den gesamten Behandlungskosten über einen hohen Personalkostenanteil. Zusätzlich muss Personal im Rahmen der Pflichtversorgung bereitgehalten werden. Ohne eine adäquate Gegenfinanzierung ist zu befürchten, dass es zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung kommen wird.

Beispielrechnungen nach neuem und altem Pflegesatzrecht für das Jahr 2017 zeigen, dass dem System durch die neue Finanzierungsgrundlage nachhaltig Geld entzogen wird. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser müssen mit einer durchschnittlichen Budgetabsenkung in Höhe von zwei Prozent rechnen. Diese Verschlechterung der finanziellen Situation bei steigenden Fallzahlen, die im Einzelfall noch deutlich höher ausfallen kann, gefährdet die Qualität der Patientenversorgung.

#### **Änderungsvorschlag:**

Die durch Mehrleistungen entstehenden zusätzlichen Personalkosten müssen auch während der Konvergenzphase bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes refinanziert werden.

## **5. Fehlenden Finanzierungsmöglichkeit gem. § 6 Abs.4 BPfIV**

Die eingeschränkte Geltendmachung (nur für Optionskrankenhäuser) von zusätzlichen Kosten im Rahmen des § 6 Abs. 4 BPfIV ist weder sachlogisch mit der Einführung des neuen Entgeltsystems verbunden, noch führt sie zu einer verlässlichen Planungssicherheit für die Krankenhäuser.

Mit Beginn der Konvergenzphase wird der Landesbasisentgeltwert auf Grundlage der vereinbarten Budgets der Krankenhäuser vereinbart. Ist bis dahin die Zahl der Personalstellen nach der Psych-PV nach § 6 Abs. 4 BPfIV a.F. nicht vollständig finanziert, fehlen diese Kostenbestandteile bei der Überführung der kostenorientierten Budgets hin zur leistungsorientierten Vergütung.

### **Änderungsvorschlag:**

- Vor Einführung der Konvergenzphase muss sichergestellt sein, dass die vereinbarte Zahl der Personalstellen gem. Psych-PV bzw. L2 (Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPfIV a.F.) auch zu 100 % finanziert ist.
- Die Krankenhäuser müssen über eine Klarstellung in § 6 Abs. 4 BPfIV a.F. die Möglichkeit bekommen, bis zum Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2017 die vollständige Finanzierung der vereinbarten Personalstellen bei der Vereinbarung oder Festsetzung des Gesamtbetrages berücksichtigen zu können.

## 6. § 10 Abs. 4 BPfIV n.F. (Bestimmung der Obergrenze)

Die Regelung, Mehrleistungen durch die Versorgung zusätzlicher Patienten nur mit dem variablen Kostenanteil berücksichtigen zu wollen (§ 10 BPfIV n.F.) wird dazu führen, dass der Basisentgeltwert in Folge von Mehrleistungen letztendlich nach unten sinkt. Diese Effekte führen im Ergebnis auf Landesebene zu einem „Hamsterradeffekt“, der sich auf der Hausebene fortsetzt.

Die derzeit noch gültigen Regelungen der Bundespflegesatzverordnung sehen zusätzlich zur Veränderungsrate und der Tarifraten auch die Möglichkeit, folgende Tatbestände zu berücksichtigen:

- Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen
- Zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes
- Erhöhung des Schweregrades
- Zusätzliche Leistungen aufgrund des Abschlusses eines Vertrages zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g Abs. 1 Satz 1 SGB V oder des Beitritts zu einem solchen Vertrag

Im Gesetzentwurf fehlt darüber hinaus auch eine analoge Regelung zum Bereich des KHEntgG (§ 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG), dass der Landesbasisentgeltwert auch über die o.a. Veränderungsrate steigen darf, wenn und insoweit die Summe der Bewertungsrelationen absinkt. Analog zu § 10 Abs. 2 Satz 2 BPfIV n.F. ist folgerichtig zu ergänzen, dass eine Fallzahlreduzierung bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes erhöhend zu berücksichtigen ist. Dabei wäre sicherzustellen, dass es durch diesen Effekt nicht zu Ausgabensteigerungen kommt.



## **7. Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus und Laufzeit (§§ 11 und 15 BPfIV n.F.)**

Aus dem Regierungsentwurf geht grundsätzlich die Wiedereinführung der prospektiven Verhandlungen, Vereinbarungen und Genehmigungen hervor.

In der Praxis der vergangenen Jahre zeigt sich jedoch, dass der prospektive Abschluss von Vereinbarungen auch im BPfIV-Bereich nicht möglich ist. Dies liegt teilweise daran, dass sich die Krankenkassen in vielen Bundesländern weigern eine separate Vereinbarung für den BPfIV-Bereich abzuschließen. Dies erfolgt teilweise mit Verweis auf die Genehmigungsbehörden, die dieses Vorgehen unterstützen.

Des Weiteren kommt es in den letzten Jahren vermehrt zu teilweise wochenlangen Verzögerungen des Unterschriftenverfahrens auf Seiten der Krankenkassen.

### **Änderungsvorschlag:**

### **Daher bedarf es der Entkoppelung des Genehmigungsverfahrens nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung.**

#### **§ 14 Abs. 1 Satz 4 (neu) BPfIV n.F.**

Die zuständige Landesbehörde entscheidet über die Genehmigung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte, des Erlösbudgets, der Erlössumme und der Zu- und Abschläge nach § 5 innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Antrags.

#### **§ 15 Abs. 2 Satz 4 (neu) BPfIV n.F.**

Ein Ausgleich von Mehrerlösen entfällt, sofern die verspätete Genehmigung der Vereinbarung von den Krankenkassen oder ihren Verbände zu vertreten ist.

**8. Einführung der Möglichkeit für den Bereich der Psychosomatik und der Geriatrie Institutsambulanzen zu betreiben (§ 118 Abs. 3 SGB V n.F., § 118a SGB V n.F.)**

Die Möglichkeit der Leistungserbringung von PIA-Leistungen durch die Psychosomatik ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Zusätzlich unterstützt der BDPK die im Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vorgeschlagene Einführung des § 118a SGB zur Ermächtigung von Krankenhäusern zur Einrichtung geriatrischer Institutsambulanzen.

Der Vorschlag ist aus Verbandssicht dazu geeignet, eine Doppelvorhaltung von Versorgungsstrukturen zu vermeiden. Hierzu ist es aber unerlässlich auch geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111 c SGB V die Möglichkeit zur Einrichtung solcher Versorgungszentren zu gewähren.

**Änderungsvorschlag:**

**Der Geltungsbereich des im Änderungsvorschlag vorgesehenen neuen § 118a muss auf Rehabilitationseinrichtungen erweitert werden:**

„§ 118a

Geriatrische Institutsambulanzen

(1) Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen ~~sowie~~ und Krankenhausärzte sowie geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111 c SGB V können vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht; die Ermächtigung eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.



# Diskussionspapier zur Reformierung der Abrechnungsprüfungen von Krankenhausbehandlungsfällen

erstellt für den

**BDPK**  
Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

15.04.2012

## Ausgangslage

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sieht in § 17c Abrechnungsprüfungen explizit als Stichprobenprüfung vor. In der Realität wird davon allerdings kaum Gebrauch gemacht. Dem gegenüber werden unzählige Abrechnungsprüfungen als Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V durchgeführt. Der Grund hierfür liegt auf der Hand. Die Einzelfallprüfung ermöglicht der einzelnen Krankenkasse die Rechnung in Frage zu stellen und damit direkt eine Rechnungsbetragskürzung zu erwirken. Die Einzelfallprüfung setzt damit einen Anreiz, der nicht die Überprüfung der Korrektheit der Rechnung, sondern die Möglichkeit der Rechnungskürzung zum Anlass hat. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass ausschließlich Abrechnungen beim betroffenen Krankenhaus angemahnt werden, die eine Rechnungskürzung zur Folge haben. Insofern kann man derzeit von einer 100%-Prüf-Situation sprechen, da die Prüfprogramme auf Krankenkassenseite genau die Fälle detektieren, die Rechnungskürzungspotenzial aufweisen. Die Abrechnungen, die kein Rechnungskürzungspotenzial aufweisen, werden dahingegen nicht weiter verfolgt.

Diese Art der Abrechnungsprüfung ist somit ausschließlich auf den Vorteil der Krankenkasse ausgerichtet und als tendenziell zu bezeichnen. Bezogen auf das Gesamtsystem hat die Einzelfallprüfung aufgrund des durch die Summe der abgerechneten Fälle bestimmten Landesbasisfallwertes sowieso nur untergeordnete Bedeutung. Durch die unzähligen in Frage gestellten Abrechnungen werden die Krankenhäuser darüber hinaus unter Generalverdacht gestellt und in den Medien dementsprechend in Misskredit gebracht. Es werden immense Ressourcen sowohl auf Krankenseite als auch auf Krankenkassen- bzw. MDK-Seite für die Rechnungsprüfungen verbraucht. Weiterhin werden häufig unnötigerweise Sozialgerichte bemüht. Dadurch nimmt das DRG-System insgesamt Schaden. Zusammenfassend kann man diese Art der Abrechnungsprüfung als systemwidrig bezeichnen.

Jegliche Bemühungen, diese Praxis der Abrechnungsprüfungen durch Regelungen bzw. Sanktionen in den Griff zu bekommen, laufen ins Leere, da sie am grundsätzlich fehlerhaften Konstrukt (Anreiz für die einzelne Krankenkasse durch die Infragestellung der Rechnung) nichts ändern. Insofern sollte eine grundsätzliche Reformierung der Abrechnungsprüfungen vorgenommen werden.

## Einführung von Auffälligkeitsprüfungen

Die derzeitige Praxis der Abrechnungsprüfung sollte vom oben geschilderten Anreiz für die einzelne Krankenkasse befreit werden. Der Gesetzgeber hatte bereits durch die Etablierung von § 17c KHG den grundsätzlich richtigen Ansatz verfolgt, dass ein pauschalierendes Vergütungssystem keine Einzelfallprüfung, sondern vielmehr eine generelle Prüfungsform benötigt. Ebenso wenig wie das pauschalierende G-DRG-System nicht jeden einzelnen Fall korrekt vergütet, muss und kann nicht jede einzelne Rechnung (wie allerdings derzeit der Fall) überprüft werden. Vielmehr reicht es aus, mittels übergreifenden Prüfungen generelle Auffälligkeiten von Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen bei den Abrechnungen anhand der § 21-Daten von neutraler Stelle aus ausfindig zu machen. Nur die Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, die bei solchen Auffälligkeitsprüfungen detektiert werden, werden dann in einem zweiten Schritt genauer geprüft, z.B. mittels Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG.

Zur Durchführung der Auffälligkeitsprüfungen sind als Datenbasis bereits die Daten nach § 21 KHG beim InEK verfügbar. Diese stehen jeweils ab 31. März für das gesamte Vorjahr von allen deutschen Krankenhäusern zur Verfügung. Anhand dieser Daten können Auffälligkeitsprüfungen eines jeden Krankenhauses bzw. Fachabteilung durchgeführt werden. Als Vergleichsgruppe dient eben die Grundgesamtheit der § 21-Daten, nämlich die bundesdeutsche Leistungserbringung bzw. Kodierung.

Die Auffälligkeitsprüfungen sollten von neutraler Seite durchgeführt werden (z.B. InEK), um eine anreizfreie Ausführung der Prüfungen zu gewährleisten. Sofern ein Imageverlust des InEK befürchtet wird, wäre eine Vergabe an einen neutralen Externen denkbar, der eingeschränkte Sicht auf die § 21-Daten für diese Zwecke erhält.

Auffälligkeiten werden z.B. an den GKV-Spitzenverband gemeldet, der sie dann an die Landes- bzw. Ortsebene der Krankenkassen bzw. des MDK weiterleitet. Das Krankenhaus bzw. Fachabteilung hat zu den Auffälligkeiten Stellung zu nehmen. Soweit die Stellungnahme die Auffälligkeiten nicht hinreichend erklärt, könnte dann – abhängig von der jeweiligen Auffälligkeit – entweder eine Stichprobenprüfung nach § 17c KHG durchgeführt werden oder eine Einzelfallprüfung der auffällig gewordenen Fälle erfolgen. Falls über die vor Ort geprüften und diskutierten Fälle (MDK-Mitarbeiter prüft im Krankenhaus) keine Einigung erzielt werden kann, werden die Fälle im Schlichtungsausschuss nach § 17c KHG erörtert und entschieden.

Bei den derzeit durchgeführten Abrechnungsprüfungen lassen sich insbesondere folgende unterscheiden:

1. Prüfung der Verweildauer (insbesondere Kürzung der Verweildauer unter die untere Grenzverweildauer bzw. obere Grenzverweildauer)
2. Prüfung der Kodierung (Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Prozeduren) bzw. der Beatmungsdauer

## Prüfung der Verweildauer

Eine Prüfung des Einzelfalles auf Kürzung der Verweildauer unter die untere Grenzverweildauer im Nachhinein ist wie oben ausgeführt nicht als objektiv, sondern als anreizgetriggert anzusehen. Sie unterstellt, dass das Krankenhaus generell jeden Fall, der eigentlich bereits einen Tag unterhalb der unteren Grenzverweildauer hätte entlassen werden können, einen Tag länger im Krankenhaus versorgt. Diese Annahme jedem Krankenhaus zu unterstellen, ist nicht begründbar. Wenn dem so wäre, gäbe es keine Fälle mit einer Verweildauer mit einem Tag unterhalb der unteren Grenzverweildauer. Insofern ist die Prüfung flächenhaft als Einzelfallprüfung aus Systemsicht sinnfrei. Sie ist lediglich begründet durch den Vorteil, der für die einzelne Krankenkasse durch eine eventuelle Rechnerkürzung entsteht. Andererseits wird aufgrund der derzeitigen Rechtsprechung bei Sozialgerichtsverfahren den Krankenhäusern immer mehr Dokumentation auferlegt, um die Verweildauer gerichtsfest zu machen, was nicht im Sinne des Gesetzgebers sein kann.

Sollte ein Krankenhaus bzw. Fachabteilung tatsächlich ein derartiges Verhalten praktizieren, so ist dies nicht durch Einzelfallprüfungen erkennbar bzw. behebbar. Ein solches Verhalten kann vielmehr ausschließlich durch Auffälligkeitsprüfungen detektiert und künftig vermieden werden.

Die Auffälligkeitsprüfung in Bezug auf die Verweildauer ist mit Hilfe der § 21-Daten leicht durchführbar. Dazu werden die Verweildauer-Daten eines Krankenhauses bzw. der jeweiligen Fachabteilung auf DRG-Ebene den bundesdeutschen Daten gegenüber gestellt. Somit wird leicht erkennbar, welches Krankenhaus bzw. Fachabteilung in Bezug auf die untere Grenzverweildauer auffällig ist. Diese Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen sind in einem weiteren Schritt (siehe oben) genauer zu prüfen. Für Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, die keine Auffälligkeiten zeigen, sind somit Einzelfallprüfungen entbehrlich. Hier könnten immense Ressourcen auf beiden Seiten eingespart werden.

Gleiches gilt für die obere Grenzverweildauer.

Einfache Beispiele für denkbare Prüfungen:

- Anteil Kurzlieger/Normallieger/Langlieger auf DRG-Ebene
- Fallverteilung pro Tag auf DRG-Ebene mit Fokus auf untere Grenzverweildauer
- Fallverteilung pro Tag auf DRG-Ebene mit Fokus auf obere Grenzverweildauer

## Prüfung der Kodierung

Auch in Bezug auf die Kodierung ist die flächenhaft durchgeführte Prüfung von Einzelfällen nicht als objektiv, sondern als anreizgetriggert anzusehen. Sie unterstellt, dass das Krankenhaus generell jeden Fall, der einer geringer bewerteten DRG-Fallgruppe zugewiesen würde, manipulativ so kodiert, dass er in eine höher bewertete DRG-Fallgruppe zugewiesen wird. Diese Annahme jedem Krankenhaus zu unterstellen, ist nicht begründbar. Wenn dem so wäre, wäre diese Kodierung bereits in die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eingeflossen und damit reguläre Datengrundlage. Insofern ist die flächenhaft durchgeführte Prüfung von Einzelfällen aus Systemsicht abzulehnen. Sie ist lediglich begründet durch den Vorteil, der für die einzelne Krankenkasse durch eine eventuelle Rechnungskürzung entsteht.

In verschiedenen Präsentationen der letzten Jahre wurden Beispiele auffälliger Kodiersituationen vorgestellt, die ein unterschiedliches Verschlüsselungsverhalten in verschiedenen Kliniken/Regionen zeigten. Sollte also ein Krankenhaus bzw. Fachabteilung ein derartiges Verhalten praktizieren, so ist dies nicht durch Einzelfallprüfungen erkennbar bzw. behebbar. Stattdessen sollte dem mit Hilfe von Auffälligkeitsprüfungen nachgegangen werden. Nur so kann ein langfristiger Veränderungsprozess erreicht werden.

Die Auffälligkeitsprüfung in Bezug auf die Kodierung ist ebenfalls mit Hilfe der § 21-Daten durchführbar. Dazu werden die Daten eines Krankenhauses bzw. der jeweiligen Fachabteilung anhand der existierenden Regelwerke (Deutsche Kodierrichtlinien, Vorgaben des ICD bzw. des OPS) geprüft. Darüber hinaus werden verschiedene Prüfungen durchgeführt, die Auffälligkeiten in der Kodierung ausfindig machen. Zur Etablierung solcher Prüfungen dient die Analyse der bundesdeutschen § 21-Daten und ein zu etablierendes Vorschlagsverfahren. Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, die in ihrer Kodierung Auffälligkeiten zeigen, sind in einem weiteren Schritt (siehe oben) genauer zu prüfen.

Einige Beispiele für denkbare Prüfungen (ausführlichere Beispiele beim Autor zu erfragen):

- PCCL-Profile (Wie kam PCCL-Wert zustande? Aus wenigen hochwertigen oder aus vielen minderwertigen Nebendiagnosen?)
- unsinnige Kodierung z.B. Z74.- *Pflegebedürftigkeit beim Neugeborenen*
- auffällige Kodierung z.B. Anzahl (absolut bzw. relativ) des ICD-Kodes T80.1 *Gefäßkomplikation nach Infusion*
- unzulässige Kodierung z.B. diagnostische Laparoskopie bei laparoskopischem Eingriff

Bei der Analyse der Kodierung muss darauf geachtet werden, dass die Ursache für ein unterschiedliches Verschlüsselungsverhalten ganz verschieden sein kann. Insofern ist nicht jede detektierte Auffälligkeit mit einer absichtlichen Falschkodierung gleichzusetzen. Die Detektion von unterschiedlichem Verschlüsselungsverhalten kann vielmehr auch in einer Unklarheit über die korrekte Kodierung begründet sein. Daraus kann sich Handlungsbedarf für die Weiterentwicklung der Deutschen Kodierrichtlinien, der FAQs zu den Deutschen Kodierrichtlinien bzw. des G-DRG-Systems ergeben.

Sollte sich aus den Überprüfungen vor Ort Falschkodierungen ergeben, ist zwischen versehentlichen und wissentlichen zu unterscheiden. Dies ist bei der Sanktionierung zu beachten (siehe unten).

Ursache unterschiedlichen Verschlüsselungsverhaltens	Handlungskonsequenz
Unklarheit über die korrekte Kodierung	Klärung der korrekten Kodierung auf Bundesebene
versehentliche Falschkodierung	Ermahnung
wissentliche Falschkodierung	Sanktionierung

### Prüfung der Beatmungsstunden

Die Prüfung der Beatmungsstunden macht auf der Einzelfallebene ebenfalls wenig Sinn. Auch hier würden Auffälligkeitsprüfungen eventuell vorhandene lokale Widrigkeiten aufdecken und unsinnige Einzelfallprüfungen künftig vermeiden.

Mit Hilfe der § 21-Daten würden die Beatmungszeiten jedes einzelnen Krankenhauses analysiert. Hierbei werden insbesondere die vom G-DRG-System gesetzten Stundengrenzen (z.B. 96 Stunden) genauer betrachtet. Sollten sich für ein Krankenhaus Auffälligkeiten in der Verteilung der Beatmungszeiten direkt oberhalb dieser Stundengrenzen ergeben, wird dies entsprechend weitergeleitet. Für Krankenhäuser, die in der Verteilung der Beatmungszeiten keine Auffälligkeiten zeigen, sind somit Einzelfallprüfungen entbehrlich.

### Prüfung des Geburtsgewichts

Auch in Bezug auf das Geburtsgewicht könnten Auffälligkeitsprüfungen durchgeführt werden. Soweit sich bei der Analyse der Verteilung der Geburtsgewichte in einzelnen Krankenhäusern Auffälligkeiten zeigen, könnten diese ebenfalls weitergeleitet werden.

Grundsätzlich sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei allen angeführten Prüfungen um Auffälligkeitsprüfungen handelt. Das bedeutet lediglich, dass das Krankenhaus bzw. die Fachabteilung bei den Prüfungen auffällig wurde. Es ist nicht damit gleichzusetzen, dass das Krankenhaus bzw. die Fachabteilung falsche Abrechnungen vorgenommen hat.



## Sanktionen

Sollten sich bei den Überprüfungen vor Ort Falschabrechnungen zeigen, wären diese zu korrigieren und u.U. zu sanktionieren. Dabei sollten unterschiedliche Eskalationsstufen angewendet werden. Je häufiger ein Krankenhaus bzw. eine Fachabteilung nach einer Auffälligkeitsprüfung tatsächlich Rechnungskorrekturen vornehmen musste, umso höher fällt die Sanktion aus. Details hierzu wären noch auszuarbeiten. Versehentliche Falschkodierung sollte bei den Eskalationsstufen als Ermahnung berücksichtigt werden.

Auch wären regelmäßige Prüfungen nach § 17c KHG für mehrmals auffällige Fachabteilungen für einen gewissen Zeitraum als Konsequenz denkbar.

## Übergangsphase

Für die Übergangsphase wäre eine Ausgleichsregelung zu schaffen. Vorstellbar wäre, dass bis zur Einführung der neuen Auffälligkeitsprüfungen, die bisherigen Prüfungen fortgeführt werden können. Da die Auffälligkeitsprüfungen allerdings retrospektiv (ab März des Folgejahres) durchgeführt werden, würden die Sanktionen des neuen Verfahrens für den Zeitraum, der bereits mittels der bisherigen Prüfungen abgedeckt war, ausgesetzt werden.

## Fazit

Die vorgeschlagene generelle Änderung der Abrechnungsprüfung hat multiple Vorteile gegenüber der bisherigen:

- Wegfall des Fehlanreizes der Einzelfallprüfung für die einzelne Krankenkasse
- damit Wegfall der enormen Anzahl der Einzelfallprüfungen
- Einsparung von enormen personellen Ressourcen
- Vermeidung von unzähligen Gerichtsverfahren
- Wegfall des Generalverdachts der Falschabrechnung der Krankenhäuser
- Detektion der tatsächlichen „schwarzen Schafe“
- Sanktionierung der „schwarzen Schafe“ und damit Gewährleistung der Regeleinhaltung
- Gleichbehandlung aller
- indirekte Abrechnungsprüfung aller Krankenhausfälle
- generelle Überwachung des Kodier-, Verweildauer-, Beatmungsstunden-, Geburtsgewichts-Verhaltens mit positivem Effekt auf regelkonformes Verhalten aufgrund drohender Sanktionen

Es sollte daher der Flut von unsinnigen und systemwidrigen Einzelfallprüfungen gesetzlich Einhalt geboten werden und eine grundsätzliche Reformierung der Überprüfung von Krankenhausbehandlungsfällen mittels Auffälligkeitsprüfungen wie dargelegt gesetzlich implementiert werden.