



Redaktion des
Deutschen Ärzteblattes

**Ihr(e) Zeichen/
Ihre Nachricht vom**

Dok-Nr:

**Unser(e) Zeichen/
Unsere Nachricht vom**

Bus/-Me

Name

Dr. med. Annette Busley

Telefon / Fax

(0201) 8327-288 / -3288

E-Mail

a.busley@mds-ev.de

Datum

14. September.2009

Leserbrief zu

Artikel im DÄ 2009; 106 (33): Codierqualität in den Krankenhäusern: Unberechtigte Vorwürfe

Die im Artikel zitierten Auswertungen freiwilliger Selbstauskünfte von 5-15% der deutschen Krankenhäuser ergeben also, dass bei einer Prüfquote von 10-11% aller Krankenhausrechnungen bei ca. 40% Beanstandungsgründe gefunden werden. Die Autoren bestätigen damit Zahlen, von denen auch der MDS ausgeht.

Zur Rechtfertigung wird auf die „nicht trivialen und intuitiv zu erfassenden Vorgaben“ verwiesen, also um Verständnis dafür gebeten, dass unangemessene Rechnungen quasi zwangsläufig gestellt werden müssen. Diese seien doch immerhin „seltener als sie aufgrund der komplexen Codierung zu erwarten seien“. Leider teilen die Autoren nicht mit, was sie denn erwartet hätten.

Zusätzlich wird mit Zahlenspielen versucht, die unstreitige Beanstandungsquote von 4-5% klein zu rechnen. Nur 23% der Fälle würden in Bezug auf Falschkodierung geprüft, die übrigen Fälle „nur“ auf Notwendigkeit und Dauer des stationären Aufenthaltes. Diese Zahlen aus Selbstauskünften sollten mit größter Zurückhaltung bewertet werden - das Verhältnis bei den Gründen der Rechnungsbeanstandung stellt sich sowohl in den Zahlen der Medizinischen Dienste, als auch in einigen Zahlen von Krankenkassen durchaus anders dar. Aber diese Rate ist auch relativ uninteressant, denn es kann wohl nicht ernsthaft argumentiert werden, dass die Abrechnung von unnötigen oder unnötig langen stationären Aufenthalten korrekt wäre ! Es gibt in § 39 SGB V die eindeutige Festlegung, dass vollstationäre Behandlung nur dann beansprucht und damit durchgeführt werden darf, wenn das Behandlungsziel nicht durch andere Maßnahmen erreicht werden kann. Den Krankenkassen obliegt nach § 275 SGB V die Pflicht, die Erbringung von Leistungen zu überprüfen. Die spitzfindige Aufspaltung von Rechnungsprüfungsgründen in die Aussage münden zu lassen, es seien vielleicht nur 0,5% aller Krankenhausrechnungen gegenüber den Krankenkassen unrichtig gestellt, ist äußerst bemerkenswert. Nutzt man die Zahlen der Autoren, so ergibt sich daraus der Hinweis, dass mehr als 500.000 Patienten/Jahr entweder medizinisch nicht eindeutig indiziert ins Krankenhaus aufgenommen oder dort zu lange behandelt wurden. Auf diesen Punkt ge-

hen die Autoren allerdings nicht ein. Welche Rechtsgründe sprechen dafür, dass die daraus resultierenden Krankenhausrechnungen korrekt sind? Es bleibt dabei: mindestens 4% aller Rechnungen sind zu beanstanden. Dies erkennen offensichtlich die Krankenhäuser auch an und überweisen die Rückforderungen - ein nennenswerter Betrag, der so dem Solidarsystem wieder zur Verfügung steht.

Der MDS stellt fest, dass es weiterhin und über die letzten Jahre keineswegs abnehmend Beanstandungen an Krankenhausrechnungen in relevantem Ausmaß gibt. „Betrügerische Absicht“ oder „frisieren“ gehören nicht zu unserem Sprachgebrauch. Die Gutachter der Medizinischen Dienste übernehmen die ihnen vom Gesetzgeber zugewiesene Rolle bei Auseinandersetzungen zwischen Leistungserbringern und Kassen. Sie tun dies im Übrigen auch im Sinne und Interesse der korrekt abrechnenden Krankenhäuser. Konfliktsituationen sind dabei unvermeidlich. Diese sollten idealer Weise mit Kompetenz und ohne Emotionen bewältigt werden. Die Suche nach konstruktiven Lösungen, für die es viele Ansätze und Beispiele gibt, ist dabei allemal hilfreicher, als völlig „unberechtigte Vorwürfe“.

Dr. med. Annette Busley
Prof. Dr. med. Jürgen Windeler
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)
Lützwowstr. 53
45141 Essen