ARZT UND KRANKENHAUS

2
92. Jahrgang
Juli 2019

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © Marco2811/fotolia.com

- „Mythos Fehlabrechnungsquote“
- Mögliche Fallstricke für Krankenhäuser im Referentenentwurf für das MDK-Reformgesetz – Erfahrungen aus der Praxis
- MDK Reformgesetz – vom Referenten- zum Kabinettsentwurf

Herr Spahn, bitte schließen Sie die Hintertüren im MDK-Gesetz!

Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Das MDK System im Jahr 2019 befindet sich in einer derartigen Schieflage, dass eine grundlegende Reform überfällig geworden ist: Die Kassen nutzen unscharfe Formulierungen in Kodierrichtlinien, OPS-Ziffern und DRG's zu völlig überzogenen Rechnungskürzungen. Die Prüfquoten eskalieren. Während die Öffentlichkeit und Ärzte von einer Prüfung der Abrechnungen auf sachliche Korrektheit ausgehen, nutzen die Kassen in Wirklichkeit die Lücken im System schamlos zu ihren Gunsten. Mit speziellen KI-gestützten Programmen filtern sie lukrative Fallkonstellationen für Kürzungen heraus und „Dokumentationsdetektive" fahnden nach noch so kleinen Versäumnissen in der Dokumentation. Nach dem Motto „Rechnungskürzungen aus Prinzip" ist es den Kassen gelungen, in immer größerem Ausmaß medizinisch einwandfrei erbrachte Leistungen nicht zu bezahlen. Bei Kassen ist die „Retaxquote" ein fester Begriff und das Einsparvolumen fest in den Haushalt eingeplant. Gleichzeitig schieben die Kassen den Kliniken öffentlich den schwarzen Peter zu. Die ständig wiederholten Falschmeldungen von einer 50-prozentigen Fehlerquote bei den Abrechnungen folgen einem bewährten Prinzip: Man muss eine Aussage nur oft genug wiederholen, bis aus Illusion Glaubwürdigkeit entsteht.

Mit dieser Strategie hatten die Kassen viele Jahre Erfolg – schließlich wussten sie zwei mächtige Behörden auf Ihrer Seite: das Bundessozialgericht und den Bundesrechnungshof. Umso erfreulicher ist der mutige Ansatz im MDK-Reformgesetz von Jens Spahn, diesem Treiben Einhalt zu gebieten. Doch aufgepasst! In den kommenden Monaten gilt es zu verhindern, dass der Gesetzentwurf im parlamentarischen Prozess verwässert wird.

Die Fakten im Gesetzentwurf:

Eine Neuorganisation soll den bisherigen Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als Körperschaft des öffentlichen Rechts in allen Bundesländern einrichten und damit von den Kassen abkoppeln und unabhängiger machen. Allerdings sollen die Kassenvertreter weiterhin die Mehrheit im Verwaltungsrat stellen. In dieser Konstellation kann man nicht wirklich von Unabhängigkeit sprechen – auch wenn der Medizinische Dienst (MD) zukünftig das „K" für „Krankenkassen" nicht mehr im Namen tragen soll.

Wirklich Musik steckt in den technischen Neuerungen. So dürfen Kassen Rechnungskürzungen nicht mehr mit ausstehenden Zahlungen verrechnen – der Kassenwillkür wird hiermit ein (kleiner) Stein in den Weg gelegt. Der weitreichendste Reformteil ist jedoch die Einführung fester Prüfquoten. Allerdings werden die Quoten momentan im parlamentarischen Prozess verwässert, indem den Kassen Hintertüren eröffnet werden sollen. So will der Gesetzgeber die Prüfquoten nach Höhe der Fehlerquote staffeln. Aber was sind korrekte Abrechnungen? Da man das nicht weiß, spricht man jetzt von „beanstandeten Rechnungen". Aber wann gilt eine Rechnung als beanstandet? Wenn Sie inhaltlich von dem abweicht, was der MD bei nachgelagerter Prüfung am „grünen Tisch" für medizinisch angebracht hält? Oder reichen bereits formale Fehler aus? Getoppt wird das Alles von den Argumentationen über die Verweildauer. Nachdem es die Selbstverwaltung bisher nicht geschafft hat, die Kodierrichtlinien und OPS-Ziffern zu überarbeiten, von Ballast zu befreien und schwammige Formulierungen klarzustellen, werden die Auslegungsstreitigkeiten bleiben. Im schlimmsten Fall sind die Prüfquoten am Ende noch höher als bisher. Es müssen daher Regelungen gefunden werden, dass z.B. unterschiedliche Auslegungen für die notwendige Verweildauer oder die sogenannte Fehlbelegung als „strafbare" falsche Abrechnung deklariert wird. Auch müssen Maßnahmen getroffen werden, die verhindern, dass das Aufrechnungsverbot dazu führt, dass die Rechnungen von den Kassen schon primär nach Gutdünken gekürzt werden.

Die vorgesehenen Strafzahlungen – wenn das Ergebnis einer Prüfung durch den MD eine Rechnungskürzung ist – sind nicht nur Ausdruck einer tiefgehenden Misstrauenskultur. Sie verlassen auch den zulässigen rechtlichen Rahmen. Strafzahlungen mit Sanktionscharakter darf es nur bei rechtskräftig festgestellter vorsätzlicher Falschabrechnung geben. Dies festzustellen muss in unserem Rechtssystem den Strafgerichten vorbehalten sein, aber nicht dem MD – wie unabhängig er nach der Reform auch sein mag. Zudem werden Krankenhäuser hier gegenüber allen anderen Leistungserbringern diskriminiert. Nirgendwo sonst werden reine Abrechnungsminderungen mit Strafzahlungen belegt.

Strukturprüfungen vorab für eine Abteilung im Bereich der Komplexpauschalen durchzuführen, macht Sinn. Wer haftet aber für den Zeitraum, bis diese abgearbeitet sind? Wenn einer Konformitätserklärung später widersprochen wird, darf es nicht zu einer Rückforderung in beträchtlichem Ausmaß kommen. Hier muss es verbindliche Übergangsregelungen geben.

Die Kassen werden ihre jetzigen Besitzstände nicht kampflos aufgeben. Davon zeugen schon die verbalen Angriffe auf den Gesundheitsminister. Da inzwischen das Retaxvolumen die Drei-Milliarden-Euro-Grenze pro Jahr erreicht hat, werden sie davon auch nur bei eindeutigen gesetzlichen Regelungen ablassen – oder ablassen können. Da bedarf es noch Präzisierungen im Gesetzentwurf, um die Hintertüren zu schließen. Und weiter viel Mut und Standhaftigkeit bei Herrn Spahn.

Ihr

Inhalt

Editorial

2 **Herr Spahn, bitte schließen Sie die Hintertüren im MDK-Gesetz!**
Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber

Themen

5 **„Mythos Fehlabrechnungsquote“**
Aktuelle Zahlen zum Prüfgeschehen in den Kliniken rücken die bislang kolportierten Zahlen zu Fehlabrechnungen in das rechte Licht.
Dr. med. Andreas Stockmanns, Dr. med. H.-G. Kaysers, Dr. Jürgen Freitag

9 **Mögliche Fallstricke für Krankenhäuser im Referentenentwurf für das MDK-Reformgesetz – Erfahrungen aus der Praxis**
Dr. med. Markus Thalheimer

12 **MDK Reformgesetz – vom Referenten- zum Kabinettsentwurf**
RA Normann J. Schuster

Aktuelles

13 **Bertelsmann Studie zur Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft: Unfaire Kampagne gegen Krankenhäuser!**
Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber

Impressum

Herausgeber:
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
www.vlk-online.de, info@vlk-online.de

Chefredaktion:
Rechtsanwalt Normann Johannes Schuster
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45499-29
E-Mail: info@vlk-online.de

Das Onlinemagazin und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

Dr. med. Andreas Stockmanns, Dr. med. H.-G. Kaysers, Dr. Jürgen Freitag

„Mythos Fehlabrechnungsquote“

Aktuelle Zahlen zum Prüfgeschehen in den Kliniken rücken die bislang kolportierten Zahlen zu Fehlabrechnungen in das rechte Licht.

Die Gründe für Prüfungen und Korrekturen von Krankenhausabrechnungen im DRG-System sind vielschichtig. Neben Fragen rund um die korrekte Verwendung von Diagnosen- und Prozedurenkodes dominieren in den letzten Jahren zunehmend Verweildauerthemen das Geschehen.

Die mannigfaltigen Probleme rund um die Kodierung von ICD und OPS-Kodes sind allen Anwendern schon seit langem bekannt – eine komplette Überarbeitung und Anpassung der Regelwerke wäre längst überfällig. Das angeblich „lernende System“ hat in den letzten 15 Jahren aber nicht wirklich viel dazugelernt. Bestimmte zigtausendfach wiederkehrende Kodierkonstellationen sind in den Deutschen Kodierrichtlinien gar nicht, unzureichend oder missverständlich abgebildet und bieten große Interpretationsspielräume. Dieser „Graubereich“ der Kodierung wird von Kliniken, Kostenträgern und MDK natürlich sehr unterschiedlich ausgelegt.

Von der Kodierprüfung im o.g. Sinne abzugrenzen ist die Verweildauerprüfung, die sich insbesondere mit der Frage einer möglichen primären oder sekundären Fehlbelegung auseinandersetzt. Für die Bewertung einer möglichen Fehlbelegung existieren neben einigen gesetzlichen Vorgaben (u.a. „Wirtschaftlichkeitsgebot“ nach § 39 SGB V, AOP-Katalog nach § 115b SGB V) überhaupt keine verbindlichen Regelwerke. Hier vertreten Kliniken und Kostenträger unterschiedliche Ansichten zur Notwendigkeit und Intensität einer stationären Behandlung.

Fehlabrechnung in der öffentlichen Darstellung

In Zeiten der „Fake-News“ ist es auch in der medialen Präsentation von Daten rund um die Fallprüfung in deutschen Krankenhäusern gesellschaftsfähig geworden, falsche oder verzerrte Informationen öffentlichkeitswirksam darzustellen und durch entsprechende Schlagzeilen zu polarisieren.

Falsche Daten werden unkritisch übernommen oder korrekte Zahlen werden fehlinterpretiert (z. B. dpa vom 28.03.2019: Streitfall Klinikkosten: „Viele Krankenhausabrechnungen sind falsch“; SPIEGEL Online vom 22.02.2019: Betrug im Krankenhaus „Alle bescheißen sich gegenseitig, dass sich die Balken biegen. Tricksen, täuschen, therapieren…“, SPIEGEL Online vom 02.05.2019: „Krankenkassen monierten jede zweite Klinik-Abrechnung“).

Diese falschen Zahlen fanden sogar Eingang in die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts im Streit um die sog. Aufwandspauschale (BVerfG – Beschluss vom 26. November 2018 – 1 BvR 318/17; 1 BvR 2207/17; 1 BvR 1474/17): „Die hohe Zahl von über 40 % fehlerhafter Abrechnungen verdeutlicht diesen Prüfungsbedarf,…“.

Wenn schon die obersten Richter unseres Landes die Problematik nicht richtig einzuordnen wissen, verwundern falsche Interpretationen durch Boulevardpresse und Krankenkassen nicht.

Regelwerke und Rahmenbedingungen

Die in der Verantwortung der Selbstverwaltung stehenden Regelwerke zur Krankenhausabrechnung (Deutsche Kodierrichtlinien DKR und Fallpauschalenvereinbarung FPV) wurden in den letzten Jahren sträflich vernachlässigt.

Zahlreiche Probleme rund um die Kodierung und Abrechnung sind seit vielen Jahren bekannt. Diese wurden von den Beteiligten immer wieder benannt, sie wurden publiziert und teilweise auch interpretiert (z.B. Kodierempfehlungen von SEG-4, FoKA).

Lösen könnte diese Probleme jedoch nur die Selbstverwaltung: Sie löst sie aber nicht! Bevor man etwas macht, was der einen oder der anderen Seite zum Nachteil gereichen könnte, macht man lieber gar nichts. Aufgrund dieser Selbstblockade sind viele lange bekannte Kodier- und Abrechnungsfragen, wie z.B. die Probleme rund um die Kodierung der Beatmung, auch nach 16 Jahren G-DRG System ungelöst. Die Klärung obliegt damit zunehmend den Sozialgerichten, die gleich gelagerte Konstellationen dann je nach Gutachter, Kammer, Senat wiederum häufig diver-

gent bewerten.

Mit dieser für alle Seiten unbefriedigenden Situation einher geht eine seit Jahren kontinuierlich anwachsende Prüfquote und steigende Anzahl von Klageverfahren. Die Politik hat über die Jahre mit verschiedenen gesetzlichen Neuregelungen versucht, dieser ungünstigen Entwicklung entgegenzusteuern. Alle bislang ergriffenen Maßnahmen sind jedoch wirkungslos verpufft, angefangen mit der im Jahr 2007 eingeführten und 2009 von 100 € auf 300 € erhöhten Aufwandspauschale. Auch die im Jahr 2015 eingeführte und im Jahr 2017 angepasste Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) sollte zur Entbürokratisierung der Abrechnungsprüfungen beitragen, hat jedoch eher das Gegenteil bewirkt.

Der im Jahr 2014 eingesetzte Bundesschlichtungsausschuss (§ 17c Abs. 3 KHG) zur verbindlichen Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen existiert faktisch nicht. Er hat in den 5 Jahren seines Bestehens einen einzigen Beschluss gefasst, der lediglich für wenige Einzelfälle im onkologischen Kontext relevant ist. Die wirklich „heißen Eisen" wurden jedoch nicht angefasst, obwohl diese von den Selbstverwaltungspartnern bereits 2014 konsentiert und benannt worden waren.

Warum ist dieses Gremium nicht arbeitsfähig? Wer ist dafür verantwortlich?

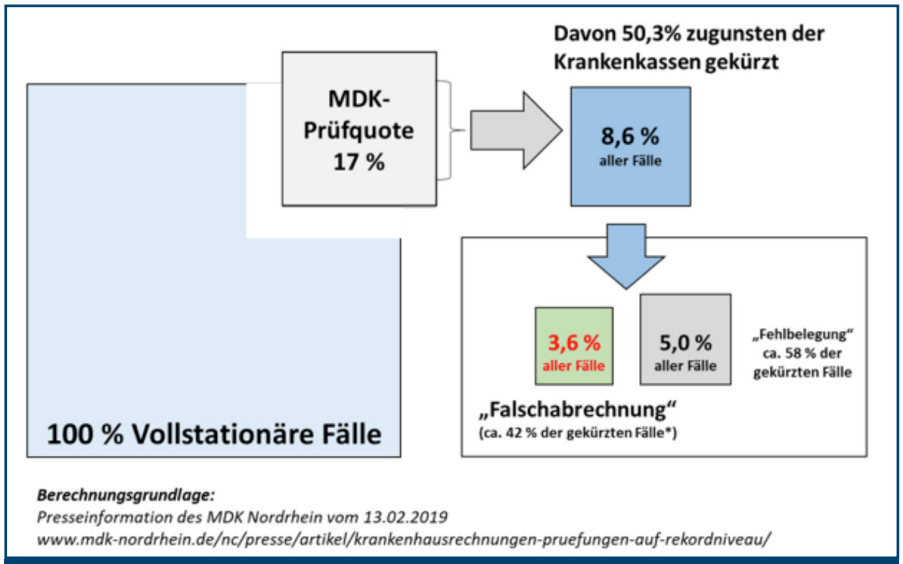

Abbildung 1

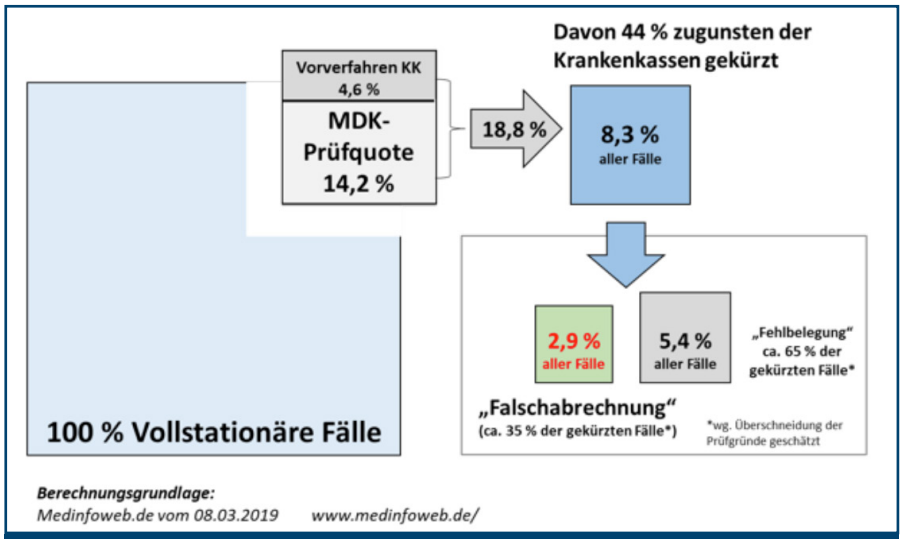

Abbildung 2

Aktuelle Zahlen

Vor diesem Hintergrund ist es hilfreich, dass im Februar und März 2019 Daten zum Prüfgeschehen vom MDK Nordrhein (Abb. 1) und dem Internetdienst medinfoweb (Abb. 2) publiziert wurden, anhand derer die o.g. Schlagzeilen und die damit einhergehenden Fehlinterpretationen relativiert werden können.

Die Zahlen zeigen bereits auf den ersten Blick, dass eine kolportierte Falschabrechnungsquote von 50 Prozent sehr weit von den tatsächlichen Gegebenheiten entfernt ist. Die Prüfquote lag demnach bei 17,0 bzw. 18,8 Prozent der Grundgesamtheit aller vollstationären Fälle. Davon wurden 50,3 bzw. 44,0 Prozent zugunsten der Kostenträger gekürzt – somit also 8,6 bzw. 8,3 Prozent aller Krankenhausrechnungen.

Es lohnt sich jedoch, bei den Gründen für die Kürzungen noch etwas genauer hinzuschauen:

Prüfungen zur primären oder sekundären Fehlbelegung dominieren die Statistik. Danach wurde bei 58 bzw. 65 Prozent aller gekürzten Abrechnungen die stationäre Aufnahmeindikation (primäre Fehlbelegung) oder die Verweildauer (sekundäre Fehlbelegung) moniert. Die Versicherten haben also nach Auffassung der Kostenträger und des MDK mehr Leistungen erhalten als ihnen zustanden.

Bei den Fehlbelegungsprüfungen spielen beispielsweise Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V eine große Rolle. Jeder ambulante Operateur hat

sich im Vorfeld eines Eingriffs davon zu überzeugen, dass ein Patient in den ersten 24 Stunden postoperativ zuhause nicht alleine ist und dort betreut werden kann (Auswahlkriterien des BNC/BDC/BAO zum Ambulanten Operieren). Diese Voraussetzungen sind jedoch häufig nicht gegeben. Entsprechend werden diese Patienten von niedergelassenen Operateuren nicht versorgt. Krankenhäuser nehmen sich der Fälle dann an und erbringen die Leistung stationär, da auch sie die häusliche Versorgungssituation des Patienten berücksichtigen müssen. Dabei ist dann aber von vorneherein klar, dass ein Teil der DRG oder die komplette stationäre Leistung nicht bezahlt werden, da Kostenträger und MDK eine stationäre Behandlungsindikation nicht anerkennen. Der Hinweis, man hätte die häusliche Versorgung z.B. durch einen ambulanten Pflegedienst sicherstellen können, greift häufig nicht, da dies in den meisten Fällen organisatorisch schlichtweg nicht machbar ist. In diesem Zusammenhang von Falschabrechnungen zu sprechen ist schon sehr verwunderlich.

Ein weiteres Beispiel ist die Versorgung mit Event-Rekordern. Werden diese unter stationären Rahmenbedingungen implantiert, wird die Notwendigkeit vom MDK regelhaft in Abrede gestellt. Eine medizinische Notwendigkeit für eine stationäre Leistungserbringung existiert in den meisten Fällen auch nicht. Sie erfolgt nur deshalb, weil eine ambulante Abrechnung nach § 115b SGB V nicht möglich ist, da der OPS-Kode nicht Bestandteil des AOP-Kataloges ist. Dieses Problem ist seit Jahren allen Fachleuten bekannt; aber auch für 2019 ist keine Regelung in Sicht. Die Konsequenz: Das Krankenhaus bekommt weder eine stationäre noch eine ambulante Vergütung oder man findet eine Kulanz-Lösung (außerhalb des Regelwerks) mit der Krankenkasse.

Das Gros der Prüfungen zur sekundären Fehlbelegung erfolgt im Zusammenhang mit der sog. Unteren Grenzverweildauer (UGV). Diese wurde mit der Einführung des DRG-Systems u.a. deswegen etabliert, damit Patienten nicht vorzeitig und aus primär wirtschaftlichen Gründen aus dem Krankenhaus entlassen werden (= sog. „Blutige Entlassung“).

Die bei einer Unterschreitung der UGV für die Kliniken hinzunehmenden Abschläge betragen in vielen DRGs zwischen 30 und 60 Prozent des Relativgewichts für Normallieger. Somit besteht hier für die Kostenträgerseite ein großer Hebel, um den Kliniken über Prüfungen im Zusammenhang mit der UGV signifikante Erlösbestandteile strittig zu stellen.

Patienten mit Strumektomien, Cholezystektomien, Defibrillator- oder Schrittmacher-Implantationen sollen am Aufnahmetag operiert und am Folgetag entlassen werden, wenn keine schwerwiegenden Probleme aufgetreten sind.

Theoretisch funktioniert dieses Vorgehen im Einzelfall. Allerdings muss die vom MDK und den Krankenkassen geforderte Verkürzung der Behandlungsdauer auch den Patienten vermittelt und unter der lokalen Versorgungssituation gemeistert werden können. Leider existieren in der Realität nicht immer die idealen Voraussetzungen, von denen sich v.a. die höchstrichterliche Rechtsprechung häufig leiten lässt, so dass mitunter auch nicht-medizinische Gründe oder juristische Gesichtspunkte eine Verlängerung der Verweildauer bedingen und nicht nur die vermeintlichen Organisationsdefizite der Kliniken.

Neben den Abrechnungen für Fälle, die tatsächlich zu lange in der Klinik lagen und berechtigterweise gekürzt werden, müssen jedoch häufig auch Kürzungen hingenommen werden, die nur auf Dokumentationsdefizite zurückzuführen sind. Eine inadäquate Primärdokumentation, welche die Verweildauer eines Patienten im Prüfprozess nicht plausibel machen kann, ist nach wie vor die Achillesferse vieler Krankenhäuser.

Weiterhin zählt zur sekundären Fehlbelegung und somit zum Kürzungspotenzial der Krankenkassen auch die Überschreitung der Oberen Grenzverweildauer (OGV). Schon die Kalkulation der DRGs macht eine Überschreitung der OGV für Krankenhäuser betriebswirtschaftlich nicht erstrebenswert. Dennoch kommen sie vor – vielfach aus medizinischen Gründen, z.B. bei komplikationsbehafteten Behandlungsverläufen. Mitunter sind aber auch hier nicht-medizinische Gründe die Ursache. So gibt es häufig Probleme bei der Übernahme eines Patienten – sei es in die ambulante und stationäre Pflege, in die Reha-Behandlung bzw. AHB oder in andere Versorgungsbereiche, die sich auch bei stringenter Anwendungen der gesetzlichen Vorgaben zum Entlassungsmanagement von den Kliniken nicht immer innerhalb der Grenzverweildauern meistern lassen. Auch hier folgen Kürzungen, die sich in MDK-Gutachten dann häufig durch die pauschale Behauptung manifestieren: „Bei strafferer Diagnostik und Therapie hätte man die Überschreitung der OGV vermeiden können.“

Die meisten Änderungen an der abgerechneten Fallpauschale erfolgen demnach nicht, weil das Krankenhaus fehlerhaft kodiert hat, sondern weil der Patient die

Klinik aufgrund unzureichender Versorgungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen musste, der Behandlungsverlauf vom Regelfall abgewichen ist oder die Klinik schlichtweg nicht in der Lage war, ihre berechtigten Ansprüche über eine aussagekräftige Primärdokumentation abzusichern.

Klammert man diese Fälle aus, so verbleiben noch 3,6 bzw. 2,9 Prozent der Grundgesamtheit aller stationären Fälle, die aufgrund einer fehlerhaften Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren mutmaßlich nicht korrekt abgerechnet wurden. Hierunter fallen aber auch falsch abgerechnete Zusatzentgelte, Fragen zum Versorgungsauftrag oder zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (z.B. Off-Label-Use).

Weitere unter diesen Zahlen subsummierte Kürzungsursachen sind die mittlerweile allgegenwärtigen Komplexbehandlungskodes. Diese verlangen, jede personelle Präsenz und viele medizinische Nebensächlichkeiten dezidiert zu dokumentieren. Fehlt ein Handzeichen, ein Befund, eine Notiz oder erfolgten diese ein paar Minuten zu spät, dann wird der Komplexkode vom MDK gestrichen und das Krankenhaus verliert mitunter mehrere tausend Euro.

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

Ist das „Falschabrechnung im Krankenhaus“?

Bei den Fällen, die dann schlussendlich tatsächlich falsch kodiert wurden, könnte ein wesentlicher Teil vermieden werden, wenn es zu fehlenden, umstrittenen und missinterpretierten Kodierrichtlinien eindeutige Regelungen gäbe, die den „Graubereich“ der Kodierung signifikant begrenzen würden.

Fazit

Den Kostenträgern wird es aktuell leicht gemacht, die Lücken in der ambulanten Versorgung in Deutschland, die Erwartungshaltung der Patienten, die Schwammigkeit der Kodier- und Abrechnungsregeln sowie die tendenziöse höchstrichterliche Rechtsprechung zu ihrem Vorteil zu nutzen und den MDK in seiner ganzen Unabhängigkeit die Abrechnungen kürzen zu lassen.

Personalmangel und Arbeitsdruck werden in den Kliniken auch weiter dazu führen, dass die medizinische Dokumentation vernachlässigt wird. Damit ist nicht die dem Patienten geschuldete Dokumentation medizinisch wichtiger Informationen zur Therapiesicherung gemeint, sondern u.a. die künstlich hochgezüchtete Dokumentation von Komplexabrechnungskodes ohne jede medizinische Relevanz.

Natürlich gibt es auch Mitarbeiter/-innen in Krankenhäusern, welche die Grauzonen der Kodierung zum Vorteil der Klinik interpretieren oder die eine vermeintliche Künstliche Intelligenz (Dokumentations-Analyse-Programme, die ICD und OPS-Kodes generieren) für die Falschabrechnung verantwortlich machen. Diese Programme sind abrechnungstechnisch und haftungsrechtlich so weit entwickelt wie das automatisierte Fahren und ersetzen keine Kodierung durch Menschen – dazu ist das Regelwerk zu komplex, unstrukturiert und unvollständig.

Echte und, schlimmer noch, bewusste Falschabrechnung ist aus unserer Sicht kein Kavaliersdelikt, ist nach unserer Erfahrung aber die Ausnahme und nicht die Regel, wie dies durch die mediale Berichterstattung suggeriert wird.

Lösen kann man die vielfältigen Probleme nur mit klaren, verbindlichen und transparenten Regeln – und das so schnell wie möglich! Eine seit 16 Jahren praktizierte Kultur der Verdrängung und des Stillstands in Fragen der Weiterentwicklung der DKR, der FPV, der PrüfvV, des Bundesschlichtungsausschusses und der planungsrechtlichen Vorgaben für die Abrechnung bestimmter Leistungen (ZE/NUB etc.) hat zu dem Dilemma geführt, in dem wir jetzt stecken. Verstärkt wird die Verunsicherung noch durch die Rechtsprechung, die der Politik bereits mehrfach ein Einschreiten und eine Anpassung der Gesetzesgrundlage abnötigte.

All diese Probleme haben zu dem drastischen Anstieg des Prüfungsvolumens und der Überlastung aller Beteiligten inklusive der Sozialgerichte beigetragen. Ohne eine grundlegende Überarbeitung der Regelwerke, ist mit einer weiteren Eskalation der Abrechnungsproblematik zu rechnen.

Mit dem am 03.05.2019 vorgestellten Referentenentwurf für ein MDK-Reformgesetz keimt aktuell Hoffnung auf, dass sich zukünftig einiges zum Besseren wendet. Wünschen wir uns, dass die mit diesem Gesetzesentwurf verfolgte Intention, „Krankenhäuser von überflüssiger Bürokratie zu entlasten“ dieses Mal zum Ziel führen wird.

Autoren:
Dr. med. Andreas Stockmanns
Geschäftsführer Kaysers Consilium GmbH

Dr. med. H.-G. Kaysers
Geschäftsführer Kaysers Consilium GmbH

Dr. Jürgen Freitag
Geschäftsführer Kaysers Consilium GmbH

Dr. med. Markus Thalheimer

Mögliche Fallstricke für Krankenhäuser im Referentenentwurf für das MDK-Reformgesetz – Erfahrungen aus der Praxis

Mit großer Erleichterung haben insbesondere leidgeprüfte Medizincontroller deutscher Krankenhäuser auf die Mitteilung reagiert, dass das Bundesgesundheitsministerium mit einem MDK-Reformgesetz Fehlentwicklungen der letzten Jahre in der Überprüfung stationärer Krankenhausabrechnungen korrigieren will. Dass das aktuell praktizierte Prüfverfahren so nicht mehr lange funktionieren würde, war trotz einer Reform Anfang 2016 mit der Prüfverfahrens-Verordnung (PrüfvV) absehbar: in praktisch allen Krankenhäusern steigen die Prüfquoten in unerträgliche Höhen, immer mehr Personal ist erforderlich, um die vielen Prüfanfragen (im Universitätsklinikum Heidelberg inzwischen über 14.000 pro Jahr, entsprechend 21 %) zu bearbeiten, eine kontraproduktive Rechtsprechung durch das BSG schafft zusätzlich Rechtsunsicherheit und Vertrauensverlust, immer mehr juristische Spitzfindigkeiten zu Aufwandspauschalen und Fristwahrungen frustrieren alle Beteiligten, um nur einige Aspekte des aktuellen Prüfprozesses zu nennen.

Insofern nahm der kundige Leser mit einer gewissen Vorfreude Stichworte wie „Dekkelung der Prüfquote“ und „Aufrechnungsverbot“ wahr. Bei genauer Lektüre des 90-seitigen Referentenentwurfs sind jedoch Vorschläge enthalten, welche bei identischer Umsetzung ab 2020 zu einer weiteren Verschlechterung der Prüfsituation für die Krankenhäuser führen könnten. Im Folgenden sollen daher einige Kernpunkte des geplanten MDK-Reformgesetzes beleuchtet und daraus resultierende Fallstricke für die Krankenhäuser aufgezeigt werden. Der Artikel beschränkt sich dabei auf die geplanten Neuregelungen zur Einzelfallprüfung durch den MDK. Das Gesetz enthält darüber hinaus zahlreiche weitere Reformvorschläge, z.B. zum AOP-Katalog, zur Strukturprüfung oder zum Bundesschlichtungsausschuss.

Neutralität des MDK

Einen lange gehegten Verdacht der Krankenhäuser, dass der MDK seine Neutralitätspflicht bei der Einzelfallprüfung nicht immer sehr genau nimmt, greift der Gesetzesentwurf auf, indem er den MDK umbenennt und ihm eine neutralere Organisationsstruktur und Finanzierung verschafft. Aus Krankenhaussicht ist dies uneingeschränkt zu begrüßen. Dass Krankenhausabrechnungen durch Kodierfehler und -versäumnisse regelmäßig auch zu niedrig ausfallen (was interne Kodierrevisionen und spezielle Softwareprogramme zeigen), spiegelt sich in den Ergebnissen der MDK-Prüfungen nicht wider.

Foto: © Marco2811/fotolia.com

Hier kommt allenfalls ein verschwindender Bruchteil der Fälle mit einem höheren Rechnungsbetrag aus der Prüfung. Diese Nachberechnung wird dann von einigen Krankenkassen mit juristischen Winkelzügen auch noch verweigert.

Aufrechnungsverbot der Krankenkassen

Das geplante Aufrechnungsverbot der Krankenkassen dürfte bei vielen Krankenhäusern für Erleichterung sorgen. Insbesondere vor November 2018 wurden vereinzelt solche Summen von Krankenkassen verrechnet, dass Krankenhäuser in Liquiditätsengpässe gerieten. Die Aufrechnung oder Verrechnung bedeutet, dass Krankenkassen eine geforderte Rechnungskürzung aus der Vergangenheit dadurch realisieren, dass sie diese Forderung von einer aktuellen Krankenhausrechnung einfach abziehen. Dem Krankenhaus bleibt dann nur der mehrjährige Klageweg beim Sozialgericht, um seine Forderung wieder einzutreiben. Der Aufwand dafür ist immens.

Beim Aufrechnungsverbot lauert bereits der erste Fallstrick: zunehmend nutzen Krankenkassen nicht nur die Aufrechnung, sondern eine direkte und unmittelbare Rechnungskürzung, um aus ihrer Sicht überzogene Forderungen einzubehalten. Teilweise erfolgt dies ohne vorherige Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus, um etwaige Unklarheiten auf der Rechnung zu klären (z.B. im Rahmen des Falldialogs). Eine MDK-Prüfung ist bei dieser Art von „Selbstjustiz“ gar nicht mehr erforderlich. Daher kann ein Aufrechnungsverbot auch nur greifen, wenn der Gesetzgeber gleichzeitig solche Praktiken unterbindet oder zumindest deutlich reguliert. Davon ausgenommen werden können Rechnungsabweisungen bei offensichtlichen Fehlern oder Lücken in der Krankenhausabrechnung, welche im Alltag funktionieren.

Verbot einer Rechnungskorrektur nach Übermittlung der zahlungsbegründenden Unterlagen

Schon bisher war eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausrechnung nach PrüvV nur sehr begrenzt möglich. Der Entwurf sieht nun im § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Änderungen vor, welche die Rechte der Krankenhäuser auf Nachreichung vergessener Unterlagen zur Prüfung und Rechnungskorrekturen weiter einschränken. Ebenso werden erneute Prüfungen bereits geprüfter Fälle durch den MD verboten sowie Krankenkassen an das Prüfergebnis des MD gebunden. Alle diese Regelungen sollen das Verfahren weiter beschleunigen und verschlanken sowie Krankenhäuser zu einer korrekten Abrechnung „motivieren“, bergen jedoch deutliche Gefahren. Unabhängig von der rechtlichen Durchsetzungsfähigkeit solcher Maßnahmen erscheinen sie aus der Prüfpraxis nicht praktikabel. Auch wenn die wiederholte Rechnungskorrektur durch Krankenhäuser – insbesondere im laufenden Prüfprozess – nicht hilfreich ist, sollten zumindest an definierten Punkten in limitierter Zahl Korrekturen möglich sein. Unabhängig vom Ausgang des Gesetzgebungsverfahrens sind Krankenhäuser aber schon heute gut beraten, die Qualität ihrer Abrechnung soweit zu steigern, dass nicht erst beim Einschalten des MDK zur Rechnungsprüfung deutliche Mängel entdeckt und nachträglich behoben werden. Auch das Nachreichen von medizinischen Unterlagen zur Prüfung an den MDK sollte nicht gänzlich verboten, sondern in begrenztem Maße erlaubt sein. Dies hält die Motivation zur korrekten Zusammenstellung der erforderlichen Dokumente hoch, erlaubt aber vereinzelte Nachbesserungen. Auch in Heidelberg kam es zu grotesken Situationen, wenn z.B. durch Nichtberücksichtigung eines einzelnen Kurvenblattes durch den MDK (wo der Fehler lag, ließ sich im Nachgang nicht mehr eruieren) eine formale Rechnungskürzung in fünfstelliger Höhe erfolgte, obwohl die Leistung nachweislich und gut dokumentiert erbracht worden war. Bereits heute „lösen“ Krankenhäuser dieses Problem durch Übermittlung der Gesamtakte an den MDK, was unter Datenschutzaspekten nicht zu empfehlen ist. In Zukunft sollte sich dieses Problem durch den elektronischen Austausch der Dokumente sowie zunehmende Vor-Ort-Prüfungen jedoch reduzieren.

Auch der Umgang mit fehlerhaften MDK-Gutachten wird mit solch starren Regelungen fast unmöglich, hier würde zukünftig nur noch der Klageweg offenstehen, sollten Krankenkassen auch an fehlerhafte Gutachten gebunden sein, die gleichzeitig nicht mehr nachbegutachtet werden dürfen. Bisher lassen sich solche Fehler unbürokratisch und im direkten Dialog mit der Krankenkasse meist lösen.

Deckelung der Prüfquote

Auf einhellige Zustimmung der Krankenhäuser stößt die geplante Deckelung der Prüfquote auf zukünftig 5 bis 15%. Selbst die maximal mögliche Prüfquote liegt dann bei den meisten Krankenhäusern noch deutlich unter den heute existierenden Quoten,

die regelhaft bei über 20%, vereinzelt schon bei über 30% liegen. Auch ein Moratorium mit einer eingefrorenen Prüfquote von 10% für das Jahr 2020 wird helfen, dringende Vorbereitungsarbeiten zu erledigen und Altfälle abzuarbeiten. Wahrscheinlich werden dazu aber mindestens zwei Jahre erforderlich sein. Der Fallstrick bei dieser Neuregelung ist die Ermittlung der Prüfquote anhand des Anteils korrekter Abrechnungen des Krankenhauses in der Vergangenheit. Auch wenn die Verbindung von hohem Anteil korrekter Rechnungen mit niedriger Prüfquote im Sinne einer Belohnung der richtige Weg ist, steckt die Tücke in der Ermittlung genau dieses korrekten Rechnungsanteils. Unbestritten gibt es einen Bodensatz von fehlerhaften Abrechnungen, der nach verschiedenen Quellen bei bis zu 4% liegt. Durch über die Jahre gewachsene Streitigkeiten zur Interpretation von Kodierregeln und Auslegungen des ICD- und OPS-Katalogs besteht daneben jedoch eine Vielzahl unterschiedlicher Interpretationen des Abrechnungsregelwerks, welche mit „unkorrekter" Abrechnung nichts zu tun hat, die entsprechende Quote jedoch nach oben treiben würden. Beispielhaft seien hier die Diskussionen zu Beatmungsfällen und Mehrfachkodierungen genannt. Dazu kommen noch die vielen Verweildauerfälle im Kurzliegerbereich, die ebenfalls quotensteigernd wirken, ohne im eigentlichen Sinn nicht korrekt zu sein. Jede Krankenkasse wird anhand ihrer eigenen Prüfsoftware durch geschickte Auswahl der Prüffälle ohne Probleme jedes Krankenhaus in einen Bereich von über 60% unkorrekter Abrechnungen treiben können, so dass eine gestaffelte Quote ins Leere läuft und die Prüfquote nicht deutlich genug reduziert werden wird. Hier gilt es dringend, nachzubessern, z.B. durch Ausschluss der Verweildauerprüfungen an der unteren Grenzverweildauer bei der Ermittlung der Fehlerquote. Auch müssen die vielen offenen Kodierstreitigkeiten bis zum Inkrafttreten des Gesetzes gelöst werden, dies wird aber länger als das vom Referentenentwurf geplante Übergangsjahr 2020 dauern.

Zusätzliche Strafzahlungen bei Rechnungskürzung

Die größten Bauchschmerzen haben die Krankenhäuser wegen der geplanten Aufschläge auf Rechnungskürzungen. Hier würde der Gesetzgeber eine langjährige Forderung der Krankenkassen umsetzen, „Falschabrechnungen" mit einer Strafzahlung zu versehen. Geplant ist dabei, dass Krankenhäuser zusätzlich zum Differenzbetrag zwischen alter und neuer Rechnung noch einen Aufschlag von bis zu 50% des Differenzbetrags an die Krankenkasse zahlen, der gestaffelt ist nach dem Anteil korrekter Abrechnungen in der Vergangenheit, nach dem Motto: je höher die Quote unkorrekter Abrechnungen, desto höher die Strafgebühr. Dabei kann es in Modellrechnungen sogar zu negativen Rechnungsbeträgen für die Krankenhäuser kommen. Zu den oben beschriebenen Problemen der Ermittlung einer Rate „unkorrekter" Abrechnungen kommt hier das Damoklesschwert des wirtschaftlichen Schadens dazu, der bei 15% geprüfter Fälle bei entsprechenden Rechnungsbeträgen immens sein kann.

Die Krankenhäuser werden sich gegen solche Strafaufschläge mit allen Mitteln wehren müssen, vergleichbar der erbitterten Bekämpfung der Aufwandspauschale (AWP) durch die Krankenkassen, die inzwischen beim Bundesverfassungsgericht angekommen ist. Daher wären alle Beteiligten gut beraten, hier Augenmaß walten zu lassen. Schon eine hohe Prüfquote ist für Krankenhäuser Strafe genug und damit Motivation zur korrekten Abrechnung. Einer zusätzlichen Strafzahlung bedarf es hier nicht. In etlichen Stellungnahmen der Krankenhausverbände auf Bundes- und Landesebene sind daher Vorschläge entstanden, sowohl die geplanten Strafaufschläge als auch die Aufwandspauschale nicht einzuführen bzw. abzuschaffen, um den Rechtsfrieden an dieser Stelle wiederherzustellen. Viele Krankenhäuser wären inzwischen nach den schlechten Erfahrungen der letzten Jahre zur AWP dazu bereit.

Noch viele weitere geplante Änderungen finden sich im Referentenentwurf, welche im Detail ebenfalls genau zu analysieren und zu diskutieren sind. Die oben genannten Punkte stellen jedoch die deutlichsten Veränderungen dar. Zusammenfassend bietet das geplante Gesetz viele positive Ansätze, die Fehlentwicklungen bei MDK-Prüfungen der vergangenen Jahre wieder in geordnete Bahnen zu lenken. Jedoch steckt auch bei diesem Gesetz die Tücke im Detail. Sollte es nicht gelingen, im laufenden Beratungsverfahren wesentliche Änderungen aus Sicht der Krankenhäuser durchzusetzen, droht aus dem Gesetz eine weitere Verschlimmerung der Situation, im schlimmsten Fall mit kaum abgesenkten Prüfquoten bei starrem Prüfverfahren und zusätzlichen Strafzahlungen in nicht kalkulierbarer Höhe. Dies gilt es, unter allen Umständen zu verhindern.

Autor:
Dr. med. Markus Thalheimer
Leiter der Abteilung Qualitätsmanagement / Medizincontrolling
Universitätsklinikum Heidelberg

RA Normann Johannes Schuster

MDK Reformgesetz – vom Referenten- zum Kabinettsentwurf

Das MDK Reformgesetz hat am 17.07.2019 die nächste parlamentarische Hürde genommen. Das Bundeskabinett hat den Entwurf mit einigen wenigen, aber im Detail durchaus weitgehenden Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf abgesegnet.

Das politische Ziel des MDK Reformgesetzes ist unverändert: Der medizinische Dienst soll von den Krankenkassen unabhängig(er) organisiert, die Krankenhausabrechnung soll einheitlicher und transparenter werden.

Eine Zusammenfassung der aus unserer Sicht zentralen Regelungen des Referentenentwurfs finden Sie in unserer Stellungnahme zum MDK Reformgesetz auf unserer Homepage:
www.vlk-online.de.

Änderungen im Kabinettsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf

Textlich geringfügige, aber in ihrer Auswirkung durchaus wesentliche Änderungen hat der Entwurf insbesondere in folgenden Punkten erfahren:

Größe und Zusammensetzung des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes – jetzt doch Mehrheit für Kassenvertreter?!

Entgegen der bisherigen Planung soll der Verwaltungsrat nun aus 23 (bisher 16) Vertretern bestehen, von denen die Kassen 16 (bisher 6) Vertreter in den Gremien wählen sollen und so über die Mehrheit der Stimmen im Verwaltungsrat verfügen würden.

Aufrechnungsverbot – aber nur mit Stichtagsregelung!

Zwar soll es beim geplanten und dringend erforderlichen Ausschluss der Aufrechnung von strittig gestellten Leistungen der Krankenhäuser mit unstrittig erbrachten Leistungen bleiben. Allerdings soll dieses Verbot erst für Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen, die nach dem 1. Januar 2020 entstanden sind, gelten.

Strafzahlungen nach Fehlerquote – aber mit Deckelung!

Es soll beim prozentual gestaffelten Aufschlag auf die Differenz zwischen dem ursprünglich vom Krankenhaus zu hoch berechneten Rechnungsbetrag und dem nach der Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst geminderten Rechnungsbetrag bleiben. Also bei einer zusätzlichen Strafzahlung! Allerdings soll der Aufschlag auf max. 1.500,- EUR gedeckelt werden.

Verbot der Rechnungsänderung – nur mit 2 Ausnahmen!

Auch das Verbot der Rechnungsänderung nach Übermittlung an die Krankenkasse soll mit 2 Ausnahmen erhalten bleiben. Eine Änderung soll künftig möglich sein, falls die Korrektur zur Umsetzung des Prüfungsergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist.

Das Gesetz soll am 1. Januar 2020 in Kraft treten. Es bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Autor:
RA Normann Johannes Schuster
Hauptgeschäftsführer des Verbands der Leitenden Krankenhausärzte e.V. (VLK)

Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber

Bertelsmann Studie zur Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft: Unfaire Kampagne gegen Krankenhäuser!

Fast alle im Gesundheitswesen haben in letzter Zeit signalisiert, dass sie bereit sind, gemeinsam konstruktiv eine bedarfsgerechte Krankenhauslandschaft zu gestalten. Dabei werden wir über die Schließung oder Umwidmung des ein oder anderen Standortes reden müssen, um einen gesunden Mix an Kliniken zu realisieren, der einerseits einer wohnortnahen Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung gerecht wird und andererseits komplexe Eingriffe den Maximal- und Schwerpunktversorgern vorbehält.

Mit diesem Angebot war die Hoffnung verbunden, dass die pauschale Verunglimpfung kleinerer und mittlerer Krankenhäuser – ohne jeden Bezug zur Qualität ihrer Arbeit – eingestellt wird.

Warum jetzt dieser erneute Aufschrei nach einem Kahlschlag der Strukturen? Ist man an einem konstruktiven Dialog nicht interessiert?

Wenn man die von der Bertelsmann Stiftung ausgewählten Experten sieht, verwundert es nicht, denn sie vertreten diese Thesen gemeinsam mit den Krankenkassen seit geraumer Zeit. Nach dem Prinzip Aussagen regelmäßig zu wiederholen, bis die Illusion der Glaubwürdigkeit entsteht, hat man hier erneut medienwirksam Botschaften lanciert, die der Fachmann schwer und der Laie gar nicht durchschaut. An Hand von komplexen Diagnosen wie Operation eines Pankreaskarzinoms, Herzinfarktbehandlung oder Hüft Reoperationen, für die kleinere Krankenhäuser eher nicht geeignet sind, wird deren gesamte Existenzberechtigung hinterfragt. Das ist unfair, denn die Diskussion über die Durchführung komplexer Eingriffe

Foto: © bella67/pixabay.com

wird schon ausführlich über die Mindestmengen geführt und geregelt. Da ist die Festlegung auf eine bestimmte Menge schon schwierig genug und häufig mit der Frage verbunden ob man Gelegenheitseingriffe verhindern – was richtig ist – oder durch die Hintertür eine Strukturveränderung herbeiführen will. Verschwiegen wird, dass kleinere Krankenhäuser ganz andere Versorgungsaufgaben wie die Behandlung älterer multimorbider Patienten mit Herzinsuffienz, Pneumonie oder anderen Erkrankungen haben, die sie qualitativ hochwertig und wohnortnah erfüllen. Diese machen aber einen großen Teil unseres Versorgungsbedarfes aus. Dabei haben sie den großen Vorteil, dass ihre Besetzung mit Pflegekräften in aller Regel deutlich besser und stabiler ist als die an großen Zentren. Das kommt den Patienten sehr zu gute. Es ist ein Irrglaube, dass die Pflegekräfte dieser Häuser, so man sie schließt, an die großen Zentren wechseln. Sie werden eher ihrem Beruf aber nicht ihrer Region den Rücken kehren. Dann stehen wir ohne Versorgungsmöglichkeit da. Die großen Kliniken haben dafür dann erst recht keinen Platz mehr. Sie sind schon jetzt häufig abgemeldet und nicht willens solche Patienten aufzunehmen. Rettungsdienste klagen wiederkehrend über nicht aufnahmebereite Kliniken und entsprechende „Irrfahrten". Es besteht die große Gefahr, dass die mit dem Argument der Qualitätsverbesserung geforderte Zentralisierung zu einer einschneidenden Angebotsverknappung führt, die Patienten und Bevölkerung dann entsprechend zu spüren bekommen.

Die Diskussion über die Herzinfarktsterblichkeit zeigt, wie unlauter die Kampagne geführt wird. Akute Herzinfarkte primär in Kliniken mit einer 24h/7d Herzkatheterbereitschaft einzuliefern macht Sinn und rettet Menschenleben. Daraus die Schlussfolgerung zu ziehen, dass man die anderen ohne Herzkatheter deswegen schließen sollte, ist ebenso Nonsens wie überall ein Labor einzurichten. Man beruft sich auf die OECD Daten zur Herzinfarktsterblichkeit, in denen Deutschland einen hinteren Platz einnimmt, obwohl unsere Kliniken mit Herzkatheterbereitschaft einen internationalen Spitzenplatz belegen. Der Grund liegt auch in der unterschiedlichen Eintragung der Todesursache in den Sterblichkeitsregistern der OECD Länder. Hier werden Äpfel mit Birnen verglichen. Im Gegensatz dazu belegen die Zahlen des Deutschen Herzberichtes 2017 eine Halbierung der Herzinfarktsterblichkeit in deutschen Kliniken seit 1990 – ähnlich wie in Dänemark in den vergangenen Jahren. Hier wird ein Problem hochstilisiert, dass so gar nicht existiert! Zusätzlich gibt es enorme Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen den einzelnen Bundesländern, am ehesten durch sozioökonomische Unterschiede getriggert. Die Situation ist also äußert komplex und schwer zu interpretieren und es ist unseriös, alle diese Faktoren zu verschweigen und monokausal darzustellen.

Heftig wehrt sich die besonders betroffene Krankenhausgesellschaft aus Nordrhein-Westfalen. Für die vorgeschlagene Restrukturierung wären erhebliche Investitionen nötig, die an keiner Stelle erwähnt oder beziffert werden. Es fehlt jeder Realitäts- und Faktencheck auch wer die Patienten des errechneten „Ambulantisierungspotentials" in einer Region behandeln soll. Das setzt eine intakte ambulante Versorgung mit zusätzlichen Kapazitäten voraus, die nicht überall gegeben ist.

Wir brauchen eine seriöse Diskussion, die den enormen Versorgungsauftrag kleinerer Häuser anerkennt und honoriert, dass in Zeiten einer immer kritischer werdenden ambulanten Versorgung auf dem Land nur diese Kliniken ihn noch sicherstellen können. Strukturreform ja, aber mit Augenmaß. Versorgung der komplexen Eingriffe in Zentren ja unbedingt, aber der übrigen Fälle wohnortnah und wenn möglich integrierend sektorenübergreifend. Was wir nicht brauchen ist eine Kampagne.

Autor:
Priv. Doz. Dr. Michael A. Weber
Präsident des Verbands der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK)