

Ergebnisorientierter Dialog



Prof. Dr. Steffen Gramminger und Dr. Nikolai von Schroeders begrüßen die Teilnehmer des 12. DGfM-Herbstsymposiums.

Abrechnungen führen vermehrt zu Streitfällen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Die Arbeit der Medizincontroller und Kodierfachkräfte ist ebenso vielfältig wie problembehaftet. „Wovon sollen wir träumen?“ lautete daher das Motto des 12. Herbstsymposiums der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) Anfang Oktober in Frankfurt am Main. **Dr. Nikolai von Schroeders**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der DGfM und Ausrichter der Veranstaltung, stellte mit Verwunderung fest, dass 50 Prozent der Themen juristische Aspekte beleuchten. Er sieht die Akteure der Selbstverwaltung in der Pflicht, mehr Klarheit zu schaffen, um Streitigkeiten zu reduzieren.

Abrechnungsfehler sind nicht per se eine Straftat, erfuhren die mehr als 450 Teilnehmer. Allerdings bewegen sich Medizincontroller sowie mit Kodierung und Abrechnung betraute Mitarbeiter mitunter auf sehr dünnem Eis. Welche auch persönlichen Konsequenzen aus falschem Kodieren folgen, berichtete **Jörg Engelhardt**, Kriminalhauptkommissar des Landeskriminalamts Berlin. In der eigens für strafrechtliche Aspekte in Krankenhausabrechnungen eingerichteten Abteilung „Medicus“ ermitteln die Beamten gegen Betrug und Korruption. Die anfängliche Erheiterung des Publikums ob doch vermuteter Kavaliersdelikte wich bald Erstaunen. Denn der Kriminalist bezeichnete auch das Upcoding als Straftatbestand, sofern das Krankenhaus Leistungen wil-

entlich falsch kodiert. Je nach Schwere des Vergehens drohen Durchsuchung, Telefonüberwachung, Untersuchungshaft, Gewinnabschöpfung, eine image-schädigende öffentliche Verhandlung und schließlich Freiheitsstrafen.

Über aktuelle Urteile zur stationären Krankenhausabrechnung berichtete **Friedrich W. Mohr**, Fachanwalt für Medizinrecht in Mainz. Er verwies insbesondere auf das für Krankenhäuser positive Urteil des Bundessozialgerichts vom 16. Mai 2012 zur Ausschlussfrist. Negiert die Krankenkasse eine stationäre Leistung und leitet erst nach Ablauf von sechs Wochen eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein, so dürfen deren Ergebnisse nicht verwertet werden. Mohr sprach Empfehlungen aus, wie sich Krankenhäuser im weiteren Untersuchungsverlauf verhalten sollten.

Der frühere Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), „Mister G-BA“ **Dr. Rainer Hess**, stellte die Aufgaben des G-BA vor und warb für mehr Verständnis gegenüber auch unpopulären Entscheidungen. Er bedauerte das geringe Ansehen des Ausschusses in der Öffentlichkeit.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vertritt die Kliniken mithilfe guter Öffentlichkeitsarbeit, sagte Rechtsanwalt **Andreas Wagener**. Sie nimmt unter anderem Einfluss auf Politik und Gesetzgebung, auf Abrechnungsbestimmungen und Kodierempfehlungen und tauscht sich regelmäßig

mit Entscheidern und Multiplikatoren aus. Es könne aber nicht Aufgabe der DKG sein, die Häuser im operativen Geschäft zu unterstützen, so Wagener.

Hinsichtlich der Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG4) des MDK und der des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der DGfM gestaltet sich die Konsensbildung immer schwieriger, berichtete **Dr. Ulf Dennler**, Leiter des FoKA. Dennoch sind beide Parteien weiterhin um einen ergebnisorientierten Dialog bemüht, wie der Vorstandsvorsitzende **Prof. Dr. Steffen Gramminger** am Rande des Symposiums betonte.

Die Bedeutung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) stellte **Dr. Pia Wieteck**, Leiterin des European Nursing care Pathways (ENP), vor. Der PKMS soll hochaufwendige Fälle vergüten. Wird er korrekt umgesetzt, führt er weder zu einem hohen Dokumentationsaufwand noch zu einem Abrechnungsschaos.

Gute Medizin spart Zeit und Kosten, proklamierte **Dr. Andrea Schindler** vom Medizincontrolling Verbund der Katholischen Kliniken in Düsseldorf und beschrieb ihre infektiologisch-ökonomischen Analysen mit DRG-Routinedaten. Ihr gelang es, im Rahmen eines Projekts innerhalb eines Jahres die Verweildauer im Haus insgesamt zu senken und die Zahl der Langlieger (mit Infektionen) deutlich zu reduzieren (Näheres zu Projekt und Methode in f&w 1/2013).

Abschließend stellte **Dr. Frank Heimig**, Leiter des Siegener Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, die überarbeitete Kalkulationsbasis des G-DRG-Systems für das Jahr 2013 vor. Diese sei im Wesentlichen unverändert, enthalte aber im dritten Jahr in Folge erneut weniger DRG als im jeweiligen Vorjahr. „Meine These: Mit dem DRG-System geht es langfristig zu Ende“, sagte Heimig mit einem Augenzwinkern. Die Umbaunotwendigkeit lasse auch im zehnten Jahr der Weiterentwicklung nicht nach.

sl