**Ab 2010 übernimmt die Rhön-Klinikum AG alle Krankenhäuser der Medigreif-Betriebsgesellschaft für Krankenhäuser, das betrifft in Sachsen-Anhalt 4 Krankenhäuser. Aus unserer aktuellen Statistik haben wir die Anteile der Trägerschaften nach Anzahl und Anteil hinsichtlich des Budgets in Sachsen-Anhalt für 2008 zusammengestellt.**

# Das Kurzinterview mit dem Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalts (KGSAN)

Dr. Gösta Heelemann, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.

Im Report Sachsen-Anhalt (Ausgabe April 2009) war eine Aufstellung von Ergebnissen der MDK Prüfungen zu Fragen der DRG-Kodierung abgebildet. Der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalts (KGSAN) nimmt Stellung.

**▼ Die Sozialmedizinische Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft „Vergütung und Abrechnung" (SEG 4) veröffentlicht seit Ende 2005 konsentierte Kodierempfehlungen. Trotzdem gibt es weiterhin eine hohe Anzahl von Falschabrechnungen bei den Krankenhäusern. Welche Gründe sieht die KGSAN für diese Falschabrechnungen?**

▲ Die seitens der Kassen proklamierte Zahl der Falschabrechnungen ist das Verhältnis zwischen geprüften Rechnungen und veröffentlichten fehlerhaften Rechnungen, gibt aber nicht das Verhältnis zwischen der Gesamtzahl der faktorierten Rechnungen und der fehlerhaften Rechnungen wieder. Es handelt sich bei der Ziehung der Rechnung um eine Vorselektion durch die Krankenkasse. In dieser Relation liegen die Zahlen weit unter 3 Prozent und verhalten sich im normalen Fehlerrahmen. Darüber hinaus sind derzeit über 60 Prozent der vom MDK aufgeführten Fehler juristisch bestritten.

**▼ Gerade das Kodieren von Diagnosen und Prozeduren nimmt sehr viel Zeit in Anspruch. Zeit, die eigentlich den Patienten zugutekommen sollte. Der hohe Zeitdruck der auf die dokumentierenden Ärzte fällt, beschwört geradezu die Fehlkodierungen herauf. Werden die Ärzte hinsichtlich des „Zeitdruckproblems" geschult? Gibt es hier Unterstützungen durch die KGSAN?**

▲ Erstens muss man an dieser Stelle festhalten, dass es keine hohe Zahl von Fehlern gibt. Zweitens ist zunächst die Frage zu stellen, welche Unterstützungsmöglichkeiten die Kostenträger für den Verwaltungsaufwand der Krankenhausärzte bei der Kodierung bieten?

Die Inanspruchnahme der Krankenhausärzte durch MDK-Prüfungen zu erhöhen, führt nicht gerade zur Entbürokratisierung des Systems. Die KGSAN, welche ihre Mitglieder durch Schulungen nach Kräften unterstützt, würde sich über die politische Unterstützung der Krankenkassen bei der gesetzlichen Entbürokratisierung des Systems sehr freuen.

**▼ Fehler im Datensatz gehören häufig noch zum Klinikalltag: Trotz Sichtung und Freigabe durch DRG-Beauftragte und Medizin-Controller kommt es immer wieder zu ungenauen Kodierungen, fehlenden Zweitkodes (z.B. die Erreger bei Infektionen) oder zu falschen Kode-Kombinationen bzw. einer unvollständigen OP-Kodierung. Die korrekte Kodierung ist jedoch der Schlüssel zur Weiterentwicklung des Systems. Was unternimmt die KGSAN um diese Probleme zu beheben?**

▲ Über Fehler, Fehlerhaftigkeit und deren Unzulässigkeit haben wir bereits in unserer Antwort zur ersten Frage philosophiert. Fehler werden in allen Bereichen gemacht, in denen Menschen arbeiten.

Mit einer Netto-Fehlerquote kleiner als 1,5 Prozent gemessen an 550.000 Abrechnungen pro Jahr ist die Zahl der Fehler in einem normalen Bereich. Dies zum Trotz sind die Krankenhäuser bereit, durch permanentes Schulen der Mitarbeiter und durch Einführung moderner Organisationsstrukturen die gesetzlich vorgegebene Bürokratie immer stärker zu optimieren und zu präzisieren. Dies gelingt, anders als von den Kassen behauptet, mit nachweisbarem Erfolg.

**▼ In den letzten Jahren hat sich bei der MDK-Prüfung nach Aussage des DKI eine Wandlung vollzogen. Wurden in den Jahren zuvor die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen als häufigster Begutachtungsgrund vom MDK angegeben, erfolgt jetzt wieder eine vermehrte Prüfung hinsichtlich der Dauer der stationären Behandlung. Worauf ist Ihrer Meinung nach diese Wandlung zurückzuführen?**

▲ Die Dauer der stationären Behandlung ist mit Einführung des Fallpauschalensystems im Allgemeinen unabhängig von der Behandlungsvergütung; im Besonderen jedoch wird im Rahmen eines Zuzahlungs-/Abzugsverfahrens zwischen Mindestaufenthalten und Maximalaufenthalten unterschieden. Wird nun der Mindestaufenthalt (untere Grenzverweildauer) unterschritten, verringert sich anteilig die Abrechnungsvergütung. Seit der Gesetzgeber einen Kostenbeitrag gegenüber den Krankenkassen für nicht zu Rechnungsänderungen führenden MDK-Einzelfallprüfungen eingeführt hat, ist die Verweildauer deshalb stärker in den Focus der Krankenkassen und des MDK gerückt, um ihre eigenen Kosten bei der Durchführung der Prüfung zu verringern. Diese Feststellungen sind nach Untersuchungen der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der KGSAN signifikant.

Aus allen ostdeutschen Bundesländern meldeten Krankenhäuser – auch in Sachsen-Anhalt – dass MDK-Prüfungen gezielt eingesetzt werden, um eine Reduzierung des Investitionszuschlages von 5,62 EURO je Behandlungstag durch Streichung eines Verweildauertages zu erreichen, um damit die sonst unveränderte Rechnungstellung des Krankenhauses „künstlich" zu korrigieren. Die KGSAN bittet dringend, im Sinne der Zukunftssicherung der Krankenhäuser von solchen Vorgehensweisen abzusehen.