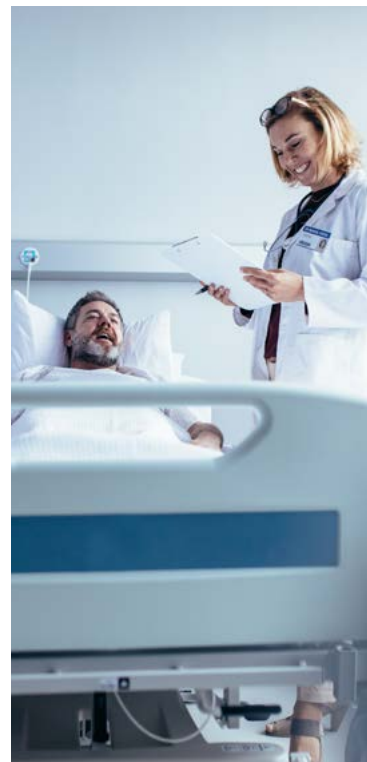




Spitzenverband



## **Korrekte Rechnungen und klare Strukturen**

Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes  
zur Krankenhausabrechnung



Das Argumentationspapier wurde in Kooperation mit der AG Abrechnungsprüfung unter Beteiligung von Krankenkassen, Verbänden, Abrechnungszentren, MDS und MDK erstellt.

Stand April 2019

Bildnachweise: li: monet/Adobe Stock; re: Jacob Lund/Adobe Stock

Zusammenfassung .....	4
Handlungsbedarfe erkennen und angehen .....	5
Ziel: Korrekte Krankenhausabrechnungen .....	5
Lösungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes .....	7
1. Abrechnungsgüte feststellen, bewerten und verbessern.....	7
<b>Mit Modellverfahren Abrechnungsgüte sichtbar machen .....</b>	<b>8</b>
<b>Falschabrechnungen der Krankenhäuser sanktionieren .....</b>	<b>8</b>
<b>Verbindliche Rechnungslegung gesetzlich verankern .....</b>	<b>8</b>
2. Strukturen als Voraussetzung der Leistungserbringung definieren und gewährleisten.....	9
<b>Derzeitiges Verfahren .....</b>	<b>9</b>
<b>Vorgelagerte Strukturprüfung als praktikable Lösung .....</b>	<b>9</b>
Abschließende Bemerkung .....	10
Beispielhafte Fälle aus den operativen Abrechnungsprüfungen gesetzlicher Krankenkassen.....	11

## Zusammenfassung

Jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung (mehr als 56 Prozent) war 2017 fehlerhaft. Als Folge daraus mussten Krankenhäuser insgesamt ca. 2,8 Mrd. Euro an Krankenkassen zurückzahlen. Nimmt man die Perspektive der Versicherten ein, sind dies Beitragsgelder, die ohne eine Prüfung für die Versorgung an anderer Stelle gefehlt hätten. Etliche Krankenhäuser und einige Politiker beklagen dagegen gerne hohe Prüfquoten der Krankenkassen. Bisher zielt die Diskussion um aufwendige Prüfungen von Krankenhausabrechnungen eher auf Symptome und nicht auf die eigentlichen Ursachen, nämlich häufig mangelnde Qualität der Rechnungsstellung durch die Krankenhäuser.

Um die Qualität der Krankenhausabrechnung zu steigern, schlägt der GKV-Spitzenverband daher mehrere Maßnahmen vor:

1. Der GKV-Spitzenverband regt ein Modellverfahren an. Mit seiner Hilfe sollen Instrumente entwickelt werden, um zwischen falsch und korrekt abrechnenden Krankenhäusern klar zu unterscheiden. Zugleich soll im Rahmen des Modellverfahrens die tatsächliche Abrechnungsgüte anhand von Abstufungskategorien festgestellt werden. Basis dafür wären Daten und Erkenntnisse aus den Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen.
2. Es bedarf gesetzlicher Regelungen, um Falschabrechner zu sanktionieren. Bisher zieht eine fehlerhafte Rechnungsstellung keine Konsequenzen für das Krankenhaus nach sich.
3. Eine Rechnung muss verbindlich gestellt werden und darf nicht den Charakter einer Momentaufnahme der in der Patientenakte verfügbaren Informationen haben. Der richtige Zeitpunkt für Krankenhäuser, eine Rechnung zu stellen, ist dann gegeben, wenn der Behandlungsfall abgeschlossen ist und die für die Abrechnung relevanten Aspekte dokumentiert sind. Heute kodieren Krankenhäuser teils beliebig oft ihre Rechnung nach – dies ist künftig auszuschließen.
4. Manche Leistungen im Krankenhaus werden anhand von sogenannten Komplexkodes abgerechnet. In ihnen sind bestimmte Strukturmerkmale enthalten, die das Krankenhaus erfüllen muss. Um den Prüfaufwand bei Komplexkodes zu reduzieren, schlägt der GKV-Spitzenverband eine gesetzliche Klarstellung vor: Das Überprüfen der Strukturmerkmale, wie z. B. die Anzahl und die Qualifikation beim Personal, soll vorab für das Krankenhaus geklärt werden und nicht zwingend bei jedem einzelnen zu überprüfenden Fall.

### **Handlungsbedarfe erkennen und angehen**

Leistungen zu erbringen, abzurechnen und zu prüfen, ist in allen Ausgabenbereichen der GKV eng miteinander verknüpft und jeweils an die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit gebunden. Im besonderen Maße gilt dies für Krankenhäuser, die die akutstationäre Versorgung der Versicherten übernehmen und dafür mit mehr als 75 Mrd. Euro<sup>1</sup> – etwa einem Drittel aller GKV-Ausgaben – vergütet werden. Zweifellos ist die Rechnungsprüfung in einem Leistungssektor dieser Größenordnung unverzichtbar.<sup>2</sup> Nur dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Leistungen, die ordnungsgemäß dokumentiert und abgerechnet werden, sind laut gesetzlicher Vorgaben zu vergüten.

Die Diskussion um Krankenhausabrechnungen ist nicht neu, hält sich bisher jedoch gern an Symptomen auf und vernachlässigt die Ursachen der Entwicklung. Fast drängt sich der Eindruck auf, Falschabrechner sollen geschützt werden, denn fokussiert wird von Seiten der Krankenhäuser und der Politik wiederholt ausschließlich auf Prüfquoten der Krankenkassen, die als Stein des Anstoßes gelten. Prüfungen der Krankenkassen einzuschränken, verringert aber lediglich die Chance, fehlerhafte Abrechnungen zu entdecken und unwirtschaftlich erbrachte Leistungen festzustellen. Ausgangspunkt muss künftig die ordnungsgemäße Leistungserbringung, deren Dokumentation und korrekte Abrechnung sein. Nur das führt auch zu einer höheren Rechnungsqualität. Konzentriert man sich auf Ursachen, d. h. verringern die Krankenhäuser die Zahl fehlerhafter Rechnungen, sind positive Rückwirkungen auf das Prüfgeschehen der Krankenkassen zu erwarten.

### **Ziel: Korrekte Krankenhausabrechnungen**

Um korrekte Abrechnungen zu erreichen, müssen sich die Aktivitäten endlich auf die Abrechnungsgüte richten. Warum? Krankenkassen können Rechnungen entweder in einem sogenannten Vorverfahren (also ohne einen Gutachter des Medizinischen Dienstes hinzuzuziehen) oder durch die Beauftragung des Medizinischen Dienstes prüfen. Beide Möglichkeiten sieht das Prüfverfahren vor. Zahlreiche Krankenhäuser weigern sich grundsätzlich, das weniger aufwendige Vorverfahren zu akzeptieren. Angesichts einer Fall-Lösungsquote im Vorverfahren von 71 Prozent ist diese Verweigerungshaltung der Krankenhäuser – bei allem Respekt für die Freiwilligkeit des Vorverfahrens – kaum zu rechtfertigen. Belastbare Auswertungen zum Jahr 2017<sup>3</sup> belegen, dass im Vorverfahren (ca. 2,5 Prozent der Abrechnungsfälle) wie auch bei MDK-Prüfungen (ca. 14,9 Prozent der

---

<sup>1</sup> Amtliche Statistik KJ 1: 74,9 Mrd. Euro im Jahr 2017.

<sup>2</sup> Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur Prüfung sei hier auf das Bundesverfassungsgericht verwiesen: Az: 1 BvR 318/17 v. 26.11.2018.

<sup>3</sup> An den Auswertungen zur Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) für das Jahr 2017 beteiligten sich Krankenkassen, die ca. 76 Prozent der Versicherten repräsentieren.

Abrechnungsfälle<sup>4</sup>) weiterhin mehr als 56 Prozent dieser Fälle Fehler aufwiesen und die Krankenhäuser den Abrechnungsbetrag mindern mussten. Ausgehend von einer durchschnittlichen Rückerstattungsquote von 3,7 Prozent müssen Krankenhäuser ca. 2,8 Mrd. Euro jährlich an die Krankenkassen zurückerstatten, die sie durch zu hohe und fehlerhafte Rechnungen erlöst haben. Im Fünfjahresvergleich wird die zunehmende Effizienz der Prüfungen der Krankenkassen sichtbar, wobei die Datenauswertung aufgrund der hohen Kassenbeteiligung deutlich verlässlicher geworden ist.

Jahr	Ausgaben Krankenhausbehandlung	Quote Rückerstattung	Betrag Rückerstattung
2012 <sup>5</sup>	61,66 Mrd. Euro (KJ 1)	Ø 2,76 Prozent	1,70 Mrd. Euro
2017 <sup>6</sup>	74,90 Mrd. Euro (KJ 1)	Ø 3,73 Prozent	2,80 Mrd. Euro

Quelle: Aggregierte Auswertungen der gesetzlichen Krankenkassen

Doch zurück zur Rechnungsqualität als auslösendes Moment: Ungenauigkeiten, Unvollständigkeit und Fehler zeigen sich an vielen Stellen. Schon bei der Rechnungsannahme muss ein Teil der Rechnungen durch die Datenannahmestellen der Krankenkassen abgewiesen werden. Laut des vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) herausgegebenen Krankenhaus Barometers 2017<sup>7</sup> waren im Durchschnitt (Median) 1,5 Prozent der Rechnungen der vollstationären Fälle des Jahres 2016 betroffen. Krankenhäuser machen auch regen Gebrauch von diversen Korrekturen und Ergänzungen ihrer selbst erstellten Datensätze. Möglich ist dies im Vorverfahren mehrfach<sup>8</sup> (und kann die Prüfung verkürzen), in der MDK-Begutachtung einmalig und bei einer Erweiterung des Prüfgegenstandes während der MDK-Begutachtung erneut einmalig.

Es gibt jedoch auch einige Krankenhäuser, die – ganz unabhängig von Abrechnungsprüfungen – ihre Rechnungen nach der Rechnungslegung und deren Bezahlung durch die Krankenkasse erneut ändern. Das Ziel ist klar: Nachkodierung soll den Erlös nachträglich erhöhen. In der Auswertung einer Krankenkasse der Top-Ten-Krankenhäuser zur Nachkodierung erreichen die Quoten Werte von bis zu 8 Prozent. Eine DRG-bezogene Auswertung zur Nachkodierung zeigt sogar repräsen-

<sup>4</sup> Hier sind sowohl direkt eingeleitete MDK-Prüfungen als auch MDK-Prüfungen nach erfolglosem Vorverfahren umfasst.

<sup>5</sup> Die an der Datenauswertung für das Jahr 2012 beteiligten Krankenkassen repräsentieren 55 Prozent der GKV-Versicherten.

<sup>6</sup> Die an der Datenauswertung für das Jahr 2017 beteiligten Krankenkassen repräsentieren 76 Prozent der GKV-Versicherten.

<sup>7</sup> Vgl. Krankenhaus Barometer 2017, DKI, S. 105.

<sup>8</sup> Vgl. dto., S. 83: In 69 Prozent der befragten Krankenhäuser erfolgte eine Korrektur oder Ergänzung der Datensätze.

tative Werte von ca. 12 Prozent Nachkodierung. Häufiges Nachkodieren zeugt ebenso wenig von korrekter Abrechnung wie wiederkehrende Falschkodierung. Vielmehr lösen Rechnungsänderungen unnötige Aufwände bei der Krankenkasse und bei weiterer Prüfung auch beim Medizinischen Dienst aus.

### **Lösungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes**

Das Ziel der GKV ist es deshalb, Mechanismen zu etablieren, die korrektes Abrechnungsverhalten belohnen und fehlerhaftes Abrechnen sanktionieren. Nimmt man den Grundsatz des Gesetzgebers ernst, nicht indizierte Leistungen und fehlerhafte Rechnungen nicht zu vergüten, braucht es entsprechende Voraussetzungen. So sind zum einen hohe Anforderungen an die Zulässigkeit der Leistungserbringung zu stellen. Dabei geht es insbesondere um die Indikationsstellung, die Einhaltung erforderlicher Strukturmerkmale und die Qualität von Leistungen. Bei der Rechnungsqualität stehen zum anderen die sachgerechte Kodierung, die ordnungsgemäße Dokumentation und die verbindliche Rechnungslegung im Fokus. Sorgen Krankenhäuser für eine hohe Abrechnungsgüte, lassen sich Kontrollaufwände für Rechnungen perspektivisch begrenzen. Aus den Abrechnungsprüfungen liegen den Krankenkassen umfangreiche Erkenntnisse vor, die für die Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnung nutzbar sind. Zusätzlich zu den oben genannten Ansatzpunkten müssten weitere Weichenstellungen erfolgen. Hierzu gehören die gesetzliche Klarstellung zu Strukturprüfungen und die Etablierung von Anreizen für korrektes Abrechnen.

Um qualitative Verbesserungen des Rechnungsmanagements in Gang zu setzen, ist Veränderungswille gefordert. Die Gesundheitspolitik ist ebenso gefragt wie Krankenhäuser und Krankenkassen. Die GKV beabsichtigt, künftig bereits verfügbare Daten und Erkenntnisse aus der Abrechnungsprüfung zur Situationsverbesserung zu nutzen, erste Ansätze werden nachfolgend erörtert.

#### **1. Abrechnungsgüte feststellen, bewerten und verbessern**

Seit Jahren ist die teilweise mangelnde Abrechnungsgüte ein Thema. Und seit Jahren gibt es nach wie vor keinen Anreiz für Krankenhäuser, korrekt abzurechnen, obwohl der Gesetzgeber bereits im Jahr 2012 vom Bundesrechnungshof aufgefordert war, dahingehend aktiv zu werden. Die vom Gesetzgeber in der Begründung zum Beitragsschuldengesetz avisierte Entscheidung zu weiteren Maßnahmen für eine höhere Qualität der Krankenhausabrechnungen und zu Sanktionsmaßnahmen ist überfällig. Krankenhäuser verfolgen durchaus unterschiedliche Strategien in der Abrechnung, was sich in unterschiedlicher Abrechnungsgüte niederschlägt.

### **Mit Modellverfahren Abrechnungsgüte sichtbar machen**

Anhand regelhaft vorliegender Daten und Erkenntnisse aus den Abrechnungsprüfungen ist es möglich, krankenhausbezogen die Abrechnungsgüte festzustellen und durch gezielt genutzte Anreizinstrumente zu verbessern. Hierzu schlägt der GKV-Spitzenverband vor, ein Modellverfahren durchzuführen, um gezielte Maßnahmen für eine Differenzierung auffälliger und weniger auffälliger Krankenhäuser zu etablieren. Es sollen die krankenhausindividuelle Abrechnungsgüte festgestellt und Instrumente zur Durchsetzung ordnungsgemäßer Abrechnung entwickelt werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind bereit und in der Lage, ihre langjährigen Erkenntnisse aus den Krankenhausabrechnungsprüfungen zu diesem Zweck einzubringen. Perspektivisch könnten bspw. die Häufigkeit bestimmter Diagnosen mit der Prävalenz in der jeweiligen Region abgeglichen werden oder auch Abweichungen von Erwartungswerten in die Feststellung der Abrechnungsgüte einfließen. Erwartet wird z. B. bei Geburten eine Normalverteilung des Körpergewichts der Neugeborenen, auffällige Häufungen um abrechnungsrelevante Schwellenwerte sollten auch als Auffälligkeit in die Bewertung eingehen.

### **Falschabrechnungen der Krankenhäuser sanktionieren**

Wird im ersten Schritt Transparenz über Abrechnungsgüte und -verhalten hergestellt, lassen sich korrekt abrechnende und fehlerauffällige Krankenhäuser unterscheiden. Im zweiten Schritt müssen dann Maßnahmen folgen, um Veränderungen dauerhaft zu etablieren. Korrekte Rechnungen sollen motiviert und fehlerhafte Rechnungen sanktioniert werden.

### **Verbindliche Rechnungslegung gesetzlich verankern**

Notwendig ist zudem eine verbindliche Datengrundlage bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen. Es bedarf einer krankenhausinternen Qualitätssicherung der Rechnungslegung. Eine Rechnung muss verbindlich gestellt werden und darf nicht den Charakter einer Momentaufnahme der in der Patientenakte verfügbaren Informationen haben. Der richtige Zeitpunkt für die Rechnungslegung durch Krankenhäuser ist dann gegeben, wenn der Behandlungsfall abgeschlossen ist und die für die Abrechnung relevanten Aspekte dokumentiert sind. Dies bedeutet, das von Krankenhäusern teils beliebig eingesetzte Instrument der Nachkodierung künftig auszuschließen.

Diese Thematik zeigt sich in ähnlicher Weise am Ende der Abrechnungsprüfungen. Prüfungen sollen aus Sicht der GKV fallabschließend erfolgen. Befindet sich ein Abrechnungsfall mit einem bestimmten Prüfanlass in der Prüfung, ist die Erwartung der GKV, dass das Krankenhaus „seinen“ Fall eigeninitiativ komplett kontrolliert. Wird „fallabschließende Prüfung“ von einigen Krankenhäusern jedoch viel zu eng, nämlich nur im Sinne des angegebenen Prüfgegenstandes ver-



standen, kann von einem tatsächlichen Fallabschluss nicht die Rede sein. Der Begriff „Fallabschluss“ sollte für Krankenhäuser und Krankenkassen inhaltlich gleich besetzt sein: Zum Ergebnis der Prüfung zu stehen und keine Mehrfachbeschäftigung mit Abrechnungsfällen zuzulassen. Die Erfahrungen aus den Verhandlungen und der Umsetzung der Prüfverfahrensvereinbarung legen nahe, dass der Gesetzgeber klare gesetzliche Regelungen treffen muss.

## **2. Strukturen als Voraussetzung der Leistungserbringung definieren und gewährleisten**

Das Fallpauschalensystem zur Vergütung von Krankenhausleistungen ist anspruchsvoll. Diese Komplexität ist jedoch notwendig, um anspruchsvolle Eingriffe höher vergüten zu können als einfache Fälle. Gerne wird seitens der Krankenhäuser angeführt, die Komplexität des Fallpauschalensystems führe zu diversen Abrechnungsfehlern. Einem Faktencheck hält diese Argumentationskette nicht stand. Dazu ist die aktuelle Abrechnungsgüte von Krankenhäusern viel zu heterogen. Dennoch sieht auch die GKV bei den Fallpauschalen punktuell Veränderungsbedarf.

### **Derzeitiges Verfahren**

Die Ausgestaltung von Komplexkodes erfolgt jährlich für das jeweils folgende Jahr in der Zeit von April bis September unter Federführung des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).<sup>9</sup> Viele Komplexkodes sind, zum Teil erheblich, entgeltrelevant und dienen der Abbildung komplexer, meist nicht operativer Leistung. Mit ihnen werden Anforderungen an die Strukturqualität eines Krankenhauses definiert (z. B. bezogen auf die Organisation, die Dienststruktur oder die Qualifikation und Vorhaltung des Personals). Krankenhäuser, die solche strukturellen Mindestvorgaben für eine Komplexversorgung sicherstellen und eine besonders aufwendige Behandlung gewährleisten, erwarten zu Recht eine dementsprechende Vergütung.

### **Vorgelagerte Strukturprüfung als praktikable Lösung**

Viele Krankenhäuser erhalten indes durch Ausnutzen unsauberer Formulierungen in den Komplexkodes eine Vergütung, ohne die Strukturvoraussetzungen im Sinne der ursprünglichen Intention des Codes zu erfüllen. Über Strukturmerkmale in Komplexkodes wird in der Abrechnungsprüfung deswegen oft nachträglich gestritten. Die Prüfung der Krankenhausabrechnung von Komplexbehandlungen war besonders im Jahr 2018 streitbefangen. Das kann auf Dauer keine praktikable Lösung sein. Die Einhaltung von Mindestvorgaben zu Struktur, Qualität und Personal

---

<sup>9</sup> Beratend sind neben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung eingebunden.

ist durch die originär Verantwortlichen auf der Seite der Krankenhäuser sicherzustellen und zwar **bevor** eine solche Leistung erbracht wird.

Die Kontrolle der Strukturmerkmale in den OPS-Kodes sollte Gegenstand von Strukturprüfungen sein. Voraussetzung wäre eine gesetzliche Klarstellung zu Strukturprüfungen, so dass auf diesem Wege die grundsätzliche Einhaltung der Strukturmerkmale im Auftrag der Landesebene der gesetzlichen Krankenkassen geprüft werden kann. Sind die Strukturmerkmale grundsätzlich und nachweislich prospektiv erfüllt, bedarf es in der Folge diesbezüglich deutlich weniger Einzelfallprüfungen zu den Kodes. Sind die Strukturmerkmale nicht erfüllt, ist die spezielle Leistungserbringung und damit die Angabe bzw. Abrechnung dieser Kodes ausgeschlossen. Alternativ ist ein Zulassungsverfahren für spezielle Leistungen anhand der Nachweisführung zur Erfüllung von Strukturmerkmalen vorstellbar. Eine rechtsichere Ausgestaltung der Komplexkodes ist nötig (bspw. über ein bestimmtes Fachabteilungsspektrum als Strukturvoraussetzung). Hierzu sind die Beteiligten aufgefordert.

### **Abschließende Bemerkung**

**Festzustellen ist, dass klare Regeln, Transparenz und Verbindlichkeit sowohl in Strukturfragen als auch hinsichtlich der Abrechnungsgüte von Krankenhäusern angegangen werden müssen. Wer lediglich auf geringere Prüfquoten abzielt, bekämpft Symptome und ändert nichts an den Ursachen für fehlerhafte Abrechnungen und die dadurch ausgelösten Prüfungen. Auch im Straßenverkehr führen seltenere Geschwindigkeitskontrollen nicht dazu, dass Verkehrsteilnehmer langsamer fahren – sie werden nur seltener geblitzt. Häufig bewirken erst die Punkte in Flensburg und ein entsprechend hohes Bußgeld ein Umdenken bei Rasern.**

**Nachhaltige Verbesserungen erfordern den Mut, Strukturqualität vor der Leistungserbringung zu sichern sowie die Verbindlichkeit der Rechnungslegung zu etablieren. Wird Transparenz über das Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser hergestellt, lassen sich endlich Anreize für korrektes Abrechnen setzen, die die notwendige Verhaltensänderung motivieren.**

## Beispielhafte Fälle aus den operativen Abrechnungsprüfungen gesetzlicher Krankenkassen<sup>10</sup>

### 1. Nachträgliche Änderung der Rechnung (Nachkodieren)

Beispielsweise fallen Krankenhäuser durch überdurchschnittlich häufiges Kodieren der Nebendiagnose „akute pulmonale Insuffizienz“ im Zusammenhang mit Operationen auf, die sich regelmäßig in der Rechnungsprüfung als nicht gerechtfertigt erweist. Selbst die übereinstimmende Sichtweise von MDK- wie auch Krankenhaus-Experten<sup>11</sup>, dass diese Nebendiagnose nur bei Komplikationen außerhalb des üblichen Ablaufs<sup>12</sup> zu kodieren ist, wird nicht angewandt. Dennoch spielt diese Diagnose auch bei der Nachkodierung eine erlösrelevante Rolle. So tritt bei einem Krankenhaus, welches insgesamt fünf Prozent seiner Abrechnungsfälle nachkodiert, regelmäßig auch diese Nebendiagnose auf.

### 2. Fehlende Voraussetzung für eine Krankenhausbehandlung

Als kritische Fallkonstellationen gelten auch Abrechnungen stationärer Entgelte von jeweils bis zu ca. 1.000 Euro für Patienten, die zwar in der Notaufnahme behandelt, aber nicht in das stationäre Setting aufgenommen werden.

### 3. Falscher Rechnungsbetrag

Überflüssiger Aufwand auf beiden Seiten entsteht bei der Abrechnung von Zusatzentgelten, bei denen die Mengenangaben nicht beachtet werden. Dies ist z. B. der Fall, wenn 19 sogenannte Coils<sup>13</sup> laut Dokumentation implantiert, aber 23 abgerechnet werden, was zu einer um ca. 1.000 Euro überhöhten Rechnung führt.

Oder es wird ein Kode abgerechnet, der für eine Vakuumtherapiedauer von 8 bis 14 Tagen steht, obwohl diese spezielle Verbandstechnik nur fünf Tage angewandt wurde.

Aber auch die doppelte Abrechnung einer minimalinvasiven Aortenklappenimplantation bei ein und derselben Person fiel auf und war im Ergebnis zu korrigieren. Die erste, abgebrochene Operation darf nicht als vollständig durchgeführt kodiert werden, was einen Unterschied von ca. 24.000 Euro ausmacht.

---

<sup>10</sup> Mitgeteilt durch Mitglieder der AG Abrechnungsprüfung (Krankenkassen, Krankenkassenverbände, Abrechnungszentren, MDS und MDK).

<sup>11</sup> Gemeint sind hier die sozialmedizinische Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der MDK-Gemeinschaft (SEG 4) und der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

<sup>12</sup> Gemeint sind Sachverhalte, bei denen „im Sinne einer Komplikation – außerhalb des üblichen Ablaufes und unabhängig von der Größe der Operation – postoperative, akute, von der Lunge ausgehende respiratorische Zustände eingetreten sind, die ungewöhnlicherweise eine Nachbetreuung mit erhöhtem Aufwand nach sich ziehen“. <https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-10>.

<sup>13</sup> Metallspiralen für den künstlichen Verschluss von Blutgefäßen.

#### 4. Fehlende Fallzusammenführung

Aufgefallen sind auch Klinik- und Zuweisungsstrukturen, in denen bspw. die Verlegung eines Patienten zwecks Linksherzkatheteruntersuchung erfolgt, das aufnehmende Krankenhaus aber lediglich Kontraindikation feststellt, den Patienten zurückverlegt und diese Leistung abrechnet. Die Linksherzkatheteruntersuchung wird dann später – nach einer vergütungstechnisch relevanten Zeitspanne von 30 Kalendertagen – als elektive Leistung mit veränderter Aufnahme- und Diagnose durchgeführt und abgerechnet. Die im Vergütungssystem eigentlich erforderliche Fallzusammenführung wird umgangen, das Krankenhaus hat einen höheren Erlös.