



DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum

Schluss mit Verrechnung

Wenn im Oktober der amtliche Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für das Jahr 2019 herausgegeben wird, sind Fehlinterpretationen des Bundessozialgerichts zu den OPS-Kodes zur Schlaganfallversorgung und zur geriatrischen Komplexbehandlung hoffentlich nicht mehr möglich. Bei der Schlaganfallversorgung geht es um die realitätsfremde Verkürzung der halbstündigen Transportentfernung und bei der geriatrischen Komplexbehandlung um überzogene Anforderungen an Teambesprechungen. In der wöchentlichen Teambesprechung einen Logopäden nachweisen zu müssen, wenn über Patienten mit orthopädischen Problemen gesprochen wird, kann niemandem verständlich gemacht werden.

Ohne OPS-Anpassungen hätte die DKG den DRG-Katalog für 2019 Ende September mit dem GKV- und PKV-Verband nicht vereinbaren können. Denn die Krankenhäuser müssten weiterhin Leistungen erbringen, bei denen die Erlöse aus den entsprechenden Fallpauschalen nur teilweise realisiert werden könnten. A priori nicht realisierbare Bewertungsrelationen gehen dem DRG-System zulasten aller Krankenhäuser verloren. Der DRG-Katalog, die OPS-Kodes und die Abrechnungsbestimmungen müssen konsistent sein, dann können sie auch gemeinsam vereinbart werden.

Hier haben die Kassen mit ihren bis zum BSG geführten Klagen eindeutig überzogen. Sie haben zwar vor Gericht gewonnen, nehmen aber in Kauf, dass Versorgungsstrukturen für Schlaganfallpatienten nicht mehr funktionieren. Die Verkürzung der Entfernung zur nächstgelegenen Klinik mit neurochirurgischer Abteilung würde viele regionale Stroke-Units aus der Versorgung drängen und damit die flächendeckende Schlaganfallversorgung gefährden. Nur bei etwa 5 % der Schlaganfallpatienten ist überhaupt eine neuro- oder gefäßchirurgische Intervention erforderlich. Koalitionsabgeordnete und die Bundesländer haben den Handlungsbedarf erkannt. Der Bundesrat hat das Problem mit Änderungsanträgen zum Pflegereformgesetz thematisiert. Mit den in Aussicht gestellten OPS-Anpassungen hat das Ministerium reagiert. Für die relevanten Leistungen wäre damit in 2019 Planbarkeit und Berechenbarkeit wiederhergestellt.

Bei vielen Krankenhäusern bleibt aber die Sorge, dass Krankenkassen Rechkürzungen für bis zu vier Jahre zurückliegende Behandlungsfälle geltend machen. Entsprechende Forderungen liegen vor. Ein Rückforderungspotenzial von mehr als einer halben Milliarde Euro lastet auf den Krankenhäusern. Aus kaufmännischer Sorgfaltspflicht sind Rückstellungen vorzunehmen, die mit erheblichen Konsequenzen für die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verbunden sind – bis zur Insolvenzgefahr. Das Schlimme dabei ist, dass die Krankenhäuser den Kürzungsabsichten der Krankenkassen geradezu willkürlich ausgesetzt sind. Denn anders als im Wirtschaftsleben üblich, löst die bloße Geltendmachung einer Rechkürzung die Verrechnung der einseitig streitig gestellten Beträge mit laufenden Abrechnungsfällen aus. Die Krankenkassen brauchen keinen Vollstreckungstitel. Das ist totale Asymmetrie zulasten der Krankenhäuser – von gleichlangen Spießen kann nicht die Rede sein. Die Krankenhäuser sind gezwungen, ihre Sicht in der Regel durch sämtliche gerichtliche Instanzen geltend zu machen. Wenn vom Bundesrechnungshof „freiwillige Rabatte“ zur Vermeidung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen kritisiert werden, dann liegen die Ursachen dafür auch in der ohnmächtigen Position der Krankenhäuser in diesem Bereich. Deshalb besteht über die OPS-Klarstellung hinausgehender politischer Handlungsbedarf in zweierlei Hinsicht. Zum einen muss gesetzlich geregelt werden, dass abgeschlossene und abgerechnete Behandlungsfälle von neueren Auslegungen von OPS-Kodes und Abrechnungsbestimmungen grundsätzlich nicht erfasst sein können. Zum anderen muss die Möglichkeit zur Verrechnung von streitig gestellten Abrechnungen gesetzlich ausgeschlossen werden. Die Chancen für diese dringend erforderlichen Gesetzesänderungen sind gegeben. Die Argumentationslage ist evident. So kann das nicht bleiben.

Am 10. Oktober 2018 findet im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages die Anhörung zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz statt. Danach wird über Änderungsanträge entschieden. Die hier angesprochenen Punkte sind dann hoffentlich dabei.