

DRG-Urteil

Überraschung gelungen

Ein Urteil des Bundessozialgerichts könnte große Auswirkungen auf Kodierung, Abrechnung und Abrechnungsprüfungen haben – und zu vielen neuen Streitigkeiten führen. Ein Appell an die Selbstverwaltung.

Von Dr. Sascha Baller und Dr. Jörg Liebel



Haben wir die Definition der Hauptdiagnose über 20 Jahre lang falsch verstanden?

Das Bundessozialgericht (BSG) fällt am 29. August 2023 ein Urteil zur Definition der Hauptdiagnose, das die Fachwelt überrascht hat. Überraschend war dabei nicht das Urteil selbst, sondern die Ausführungen in der Urteilsbegründung unter dem Abs. 19: „Liegen ex post betrachtet schon bei Aufnahme ins Krankenhaus mehrere Leiden objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind, sind diese vorbehaltlich spezieller Regelungen immer nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten.“ Das BSG führt weiter aus: „Das gilt unabhängig davon, welche Leiden bei der Aufnahmeuntersuchung erkannt wurden oder erkennbar waren. Es spielt deshalb keine Rolle, ob der Patient bei der Aufnahme ins Krankenhaus Symptome aufwies, anhand derer die zunächst unerkannt gebliebene Diagnose erkennbar gewesen wäre.“

Wie bitte?

Haben wir die Definition der Hauptdiagnose über 20 Jahre lang falsch verstanden? Wer sich mit der Konstruktion von DRG-Systemen beschäftigt, weiß, dass die Definition der Hauptdiagnose eine entscheidende Rolle spielt. Es geht da-

rum, Kodiermissbrauch zu verhindern und keine Anreize zur Erbringung nicht notwendiger medizinischer Leistungen zu setzen. Deshalb steht in den Deutschen Kodierrichtlinien: „Die Hauptdiagnose wird definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“ Damit soll vermieden werden, dass Patienten während ihres stationären Aufenthalts auf bei Aufnahme bestehende Diagnosen näher untersucht werden, um diese dann aus pekuniären Gründen zur Hauptdiagnose zu machen.

Schlimmer noch, es soll natürlich auch vermieden werden, dass Patienten auf Krankheiten untersucht werden, die bei Aufnahme bestehen, behandlungsbedürftig sind und „bei der Gelegenheit“ schon mal aus monetären Gründen mit entsprechendem Ressourcenaufwand behandelt werden. Frei nach dem Motto: „Wenn Sie schon mal da sind, können wir doch mal schnell ein neues Hüftgelenk oder minimalinvasiv eine neue Herzklappe einbauen.“ Es ist zu befürchten, dass man viele stationäre Fälle jetzt erst recht höherkodieren kann. Den gleichen Effekt mit umge-

kehrten Vorzeichen gibt es auch. Vieles, bisher Undenkbares, wäre plötzlich rechtens.

Jetzt an einem Strang ziehen

Das Urteil bietet eine gute Gelegenheit, dass mal alle am selben Strang ziehen: Leistungserbringer, Krankenhausgesellschaften, medizinische Dienste und Krankenversicherungen. Warum? Weil niemand in der Gesamtschau profitieren wird und sozialgerichtliche Auseinandersetzungen in großer Zahl zu erwarten sind. Wir appellieren an die Beteiligten, die Kodierwelt wieder geradezurücken. Hierfür stehen Instrumente wie der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG oder das Vorschlagsverfahren für die Deutschen Kodierrichtlinien zur Verfügung. Ebenso wäre eine Klarstellung durch die Legislative denkbar. Die Autoren stehen für Fragen zu dem Thema gerne zur Verfügung.

Dr. Sascha Baller
Consultant
Medizincontrolling
E-Mail: baller@drg24.de

Dr. Jörg Liebel
Consultant
Medizincontrolling
E-Mail: info@joergliebel.de

Fotos: privat