

Kleine Anfrage

des Abg. Anton Baron AfD

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales und Integration

**Nachfragen zu COVID-19-Erkrankungen und -Todesfällen
in Krankenhäusern**

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Wie werden COVID-19-Erkrankungen und -Todesfälle in Krankenhäusern tariflich nach der Fallpauschalenregelung behandelt?
2. Bedeutet eine Klassifikation einer möglicherweise auch an anderen Krankheiten leidenden Person als COVID-19-Krankheitsfall für die betreffende Klinik unter Umständen höhere Fallpauschalen der jeweiligen Krankenversicherung?
3. Schließt sie aus, dass Fälle gemäß Frage 2 falsch abgerechnet wurden?
4. Sind ihr auch Todesfälle bekannt, bei denen ein positiver Coronatest zum Anlass genommen wird, eine verstorbene Person als COVID-19-Toten zu klassifizieren, obwohl das Ableben die Folge anderer Faktoren war?
5. Schließt sie aus, dass in Krankenhäusern zum Zwecke einer möglicherweise höheren Behandlungsvergütung durch die jeweiligen Krankenkassen gelegentlich COVID-19 als Todesursache angegeben wird?
6. Wie sollten derartige missbräuchliche Deklarationen unterbunden werden, falls die vorherige Frage verneint wird?

29. 03. 2021

Baron AfD

Begründung

Immer wieder gibt es Berichte über missbräuchliche Deklarationen von Krankheits- und Todesfällen als COVID-19-Fälle durch Krankenhäuser zum Zwecke höherer Vergütungen. Diese Kleine Anfrage soll abklären, ob der Landesregierung derartige Fälle bekannt sind.

Antwort

Mit Schreiben vom 29. April 2021 Nr. 52-0141.5-016/10043 beantwortet das Ministerium für Soziales und Integration die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Wie werden COVID-19-Erkrankungen und -Todesfälle in Krankenhäusern tariflich nach der Fallpauschalenregelung behandelt?

Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wurde gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Da dieses sog. „Fallpauschalensystem“ die Eingruppierung einer Erkrankung zum Gegenstand hat, um die Vergütung für die Krankenhausbehandlung zu ermitteln, hat die Todesursache im Fallpauschalensystem keine Bedeutung.

Die damit zusammenhängenden Aufgaben wie Weiterentwicklung und Pflege des Vergütungssystems haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen – die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung – dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) übertragen.

Welche Fallpauschale abzurechnen ist, ergibt sich verbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung der Behandlungsdaten. Dabei bewirken u. a. die nach der ICD-10-GM verschlüsselten Diagnosen eine Zuordnung zu bestimmten Fallgruppen. Aufgrund der pandemischen Entwicklung und der großen Relevanz der Erkrankung erfolgten im Jahre 2020 mehrere Weiterentwicklungen der Kodierung, die in das Fallpauschalensystem durch bestimmte Klassifikation integriert wurden. Damit konnte eine Erkrankung durch den SARS-CoV-2-Virus (COVID-19) berücksichtigt werden (U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen). Bisher fanden Erkrankungen über einen bereits existierenden unspezifischeren Sekundärkode Berücksichtigung (Koronaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind).

Darüber hinaus erfolgte eine inhaltliche Präzisierung des bestehenden Codes mit Einführung eines weiteren Sekundärkodes für klinische Verdachtsfälle einer COVID-19 Erkrankung ohne Labornachweis. Ende 2020 haben weitere Kodierungen Eingang in das Fallpauschalensystem gefunden:

- U07.3 COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet
- U07.4! Post COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet
- U07.5 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet

Zudem wurden die bisherigen Codes z. B. für die Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patienten ohne Symptome und ohne Erregernachweis ergänzt.

2. Bedeutet eine Klassifikation einer möglicherweise auch an anderen Krankheiten leidenden Person als COVID-19-Krankheitsfall für die betreffende Klinik unter Umständen höhere Fallpauschalen der jeweiligen Krankenversicherung?

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM früher DIMDI) als Herausgeber der Diagnosenklassifikation hat umfangreiche Erläuterungen veröffentlicht, wie Schlüsselnummern im Zusammenhang mit COVID-19 zu verwenden sind (<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kodierfragen/>).

Auch wenn die Eingruppierung von Fällen mit COVID-19 vielfach primär aufgrund anderer Parameter (wie einer Intensivmedizinischen Komplexbehandlung, einer Beatmung oder von Isolierungsmaßnahmen) erfolgt, werden die durch COVID-19 eingeführten Kodierungen bereits in einheitlicher Weise als schweregradsteigernde Nebendiagnose berücksichtigt.

Die Kodierung beeinflusst daher den Erlös entsprechender Fälle, was in dem erhöhten Behandlungsaufwand begründet ist.

3. Schließt sie aus, dass Fälle gemäß Frage 2 falsch abgerechnet wurden?

Die Krankenkassen haben im Rahmen der Rechnungsprüfung die Möglichkeit, missbräuchliches Verhalten aufzudecken. Bei Zweifeln an der korrekten Kodierung kann die Beauftragung des Medizinischen Dienstes mit der Überprüfung der Richtigkeit erfolgen. Allerdings liegen uns keine Hinweise auf fehlerhafte Abrechnungen im Hinblick auf die Eingruppierung im Zusammenhang mit einer COVID-19 Erkrankung vor.

4. Sind ihr auch Todesfälle bekannt, bei denen ein positiver Coronatest zum Anlass genommen wird, eine verstorbene Person als COVID-19-Toten zu klassifizieren, obwohl das Ableben die Folge anderer Faktoren war?

Dem Ministerium für Soziales und Integration sind keine Todesfälle bekannt, bei denen ein positiver Coronatest zum Anlass genommen wurde, eine verstorbene Person als COVID-19-Toten zu klassifizieren, obwohl das Ableben andere Ursachen hatte.

5. Schließt sie aus, dass in Krankenhäusern zum Zwecke einer möglicherweise höheren Behandlungsvergütung durch die jeweiligen Krankenkassen gelegentlich COVID-19 als Todesursache angegeben wird?

6. Wie sollten derartige missbräuchliche Deklarationen unterbunden werden, falls die vorherige Frage verneint wird?

Die Todesursachenangabe dient zur Aufnahme in die Bundes- und Landesstatistiken. Dies ermöglicht, wichtige Gesundheitsindikatoren wie verlorene Lebensjahre und vermeidbare Sterbefälle zu ermitteln, um eine fundierte Todesursachenerforschung zu betreiben. Im Wesentlichen geht es darum, durch präventive und medizinisch-kurative Maßnahmen die Lebenserwartung und -qualität der Bevölkerung zu erhöhen. Wegen der völlig anderen Zielrichtung dürfte es ausgeschlossen sein, dass unzutreffende Angaben zur Todesursache aus Gründen einer davon unabhängigen Behandlungsvergütung gemacht werden (siehe auch Frage 1.). Aus diesem Grunde entfällt die Beantwortung der Frage 6.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration