



Foto: stockpics – Fotolia

# Komplexität – wenn es einfach gut ist

## Strukturprüfungen als Kontrollinstrument

Von Erika Raab und Bettina Beinhauer

*Im Normalfall – so sieht es der gesetzliche Auftrag in § 275 SGB V vor – ist zur Prüfung der Voraussetzungen, der Art und des Umfangs der erbrachten Leistungen und deren ordnungsgemäßer Abrechnung sowie bei Auffälligkeiten eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Diese Prüfung, welche klassisch als „MDK-Prüfung“ bezeichnet wird und den Regelfall darstellt, wird in jedem einzelnen Fall vollumfänglich mit Blick auf die Hinweise und Mindestmerkmale der Abrechnungs-codes ausgeführt.*

**Keywords:** Medizincontrolling, Abrechnung, Recht

**U**m das komplexe Leistungsgeschehen im Krankenhaus besser abbilden zu können, wurden Komplexcodes im OPS-Katalog (Operationen und Prozedurschlüssel) eingeführt. Seit dem

Jahr 2008 wird neben der Neudefinition von Komplexbehandlungen, beispielsweise im Rahmen der Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik oder beim PKMS eine Zunahme von Mindestmerkmalen in bestehenden OPS-Komplexcodes verzeichnet. Im Oktober 2017 wurde beispielsweise bei der Überarbeitung des vorläufigen OPS-Kataloges von 2017 auf 2018 noch kurzfristig eine Änderung bei den Mindestmerkmalen für die Aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98f) in den endgültigen OPS-Katalog 2018 mit dem Ziel aufgenommen, Strukturen der Maximalversorger und der Nicht-Maximalversorger zu unterscheiden. Diese neuen inhaltlichen Anforderungen bewirkten durch eine überstrapazierte Auslegung im Rahmen von MDK-Prüfverfahren erhebliche strukturelle, finanzielle und personelle Auswirkungen für die Erbringung und Vergütung von Leistungen in

allen deutschen Krankenhäusern, dabei sogar auch im universitären Bereich.

Die Zunahme der Anzahl der Komplexcodes, ihr hoher Detaillierungsgrad, aber auch die Nutzung von unbestimmten Rechtsbegriffen zur Definition von Mindestmerkmalen sowie die unterschiedliche Auslegung von Dokumentationsanforderungen durch die Leistungserbringer, MDK-Prüfer aber auch Sachbearbeiter in den Krankenkassen führen in der Praxis zu einer erhöhten Prüfquote und einem stark gestiegenen Personal- und Zeitaufwand bei MDK-Prüfungen.

In einigen Bundesländern, darunter Hessen, werden zudem neben den Einzelfallprüfungen separate Strukturprüfungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen durchgeführt. Zukünftig sollen zudem Qualitätsprüfungen des MDK die Einhaltung von Quali-

tätsmerkmalen sicherstellen. In der Gesamtschau aller vorhandenen und erwarteten Prüffarten zeigt sich eine erhebliche Steigerung des Prüfaufkommens. Angesichts des bei allen am Prüfverfahren beteiligten Parteien zunehmenden Fachpersonalmangels muss das Prüfverfahren insbesondere bei der Prüfung von Komplexcodes neu gedacht werden. Da in den OPS Codes zunehmend Hinweise und Mindestmerkmale enthalten sind, die sich nicht auf den Einzelfall, sondern auf die Struktur des erbringenden Krankenhauses oder der erbringenden Abteilung beziehen, ist es aus Praktikabilitätsgründen nicht sinnvoll, sämtliche Strukturmerkmale in jeder Einzelprüfung zu hinterfragen.

Bereits jetzt ist der MDK dazu übergegangen, diese Strukturmerkmale in eigens dafür angesetzten „Strukturprüfungen“ zu kontrollieren, wobei die Rechtsgrundlage dieser Prüfungen stark umstritten ist. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte dazu in seinem Urteil vom 18. Juli 2013 (Az.: B 3 KR 25/12 R) entschieden, dass die Überprüfung dieser Strukturmerkmale keine Aufgabe des MDK ist: „Es geht also nicht um eine medizinische Sachfrage des konkreten Einzelfalles, zu deren Klärung der MDK eingeschaltet werden muss.“

Ungeachtet dieser Entscheidung nehmen die einzelnen MDK in den Bundesländern weiter in un-

terschiedlichem Ausmaß Strukturprüfungen vor. Nachvollziehbar legen die Beteiligten die Begriffe Strukturmerkmal und Einzelfallmerkmal unterschiedlich aus, eine klare Abgrenzung scheint schwer möglich. Verbindliche Anwendungsregelungen gibt es derzeit nicht, denn es fehlt an einer vom Gesetzgeber verabschiedeten oder von der Selbstverwaltung konsentierten Regelung zu den Prüfungen der Strukturen. Da die Rechtsgrundlage für die Prüfung und deren Rechtsfolgen derzeit nicht geregelt sind, besteht unter den Beteiligten eine erhebliche Unsicherheit.

Zugleich werden im Rahmen von Einzelfallprüfungen sämtliche

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung				
– mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten – mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten – mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten				
Zuordnung des Merkmals	Bezeichnung	Nr.	Beschreibung	Nachweise
Struktur	Personalqualifikation	1	Die Behandlung erfolgt durch ein <b>geriatrisches Team</b> unter <b>fachärztlicher Behandlungsleitung</b> .	Facharzt-Urkunde
	Personalqualifikation	2	Der <b>leitende Facharzt</b> verfügt über eine Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie.	Zertifikat Zusatzweiterbildung
	räumliche Vorgaben	3	Die fachärztliche Behandlungsleitung ist überwiegend <b>in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig</b> .	Begehung, Voraussetzung Bundesverband
	Personalqualifikation	4	Aktivierend-therapeutische Pflege durch <b>besonders geschultes Pflegepersonal</b> (Strukturierte, curriculare geriatrispezifische Zusatzqualifikation mindestens einer Pflegefachkraft im Team im Umfang von mindestens 180 h sowie mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung)	Namenslisten und Zertifikat geriatrispezifische Zusatzqualifikation (180h) Namenslisten und Nachweis 6 Monate Erfahrung (der PK mit Zusatzqualifikation)
	Personalqualifikation & Anzahl	5	<b>Teamintegrierter Einsatz</b> von <b>mindestens 2</b> der folgenden Therapiebereiche: – Physiotherapie/Physikalische Therapie – Ergotherapie – Logopädie/faziorale Therapie – Psychologie/Neuropsychologie	Namenslisten und Qualifikationsnachweise
Prozess	Diagnostik	1	Durchführung eines <b>standardisierten geriatrischen Assessments</b> zu Beginn der Behandlung <b>in mindestens 4 Bereichen</b> (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, wird dies dokumentiert. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, wird die Erhebung nachgeholt.	Assessment (Standard), Häufig Richten nach den Ausfüllhinweisen des KC Geriatrie Hamburg (Kompetenz-Centrum Geriatrie)
	Diagnostik	2	Durchführung eines <b>sozialen Assessments</b> zum bisherigen Status <b>in mindestens 5 Bereichen</b> (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen) Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile fremdanamnestic erhoben bzw. die Erhebung nachgeholt, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt.	Assessment (Standard) Häufig Richten nach den Ausfüllhinweisen des KC Geriatrie Hamburg (Kompetenz-Centrum Geriatrie)
	Therapie	3	<b>Aktivierend-therapeutische Pflege</b> durch besonders geschultes Pflegepersonal (Strukturierte, curriculare geriatrispezifische Zusatzqualifikation mindestens einer Pflegefachkraft im Team im Umfang von mindestens 180 h sowie mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung)	Therapieplan (SOP), Pflegedokumentation
	Therapie	4	Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens <b>10 Therapieeinheiten (8-550.0)/20 Therapieeinheiten (8-550.1)/ 30 Therapieeinheiten (8-550.2)</b> von <b>durchschnittlich 30 Minuten</b> , davon <b>maximal 10% als Gruppentherapie</b> .	Therapieplan (SOP), Pflegedokumentation
	Besprechung & Dokumentation	5	<b>Wöchentliche Teambesprechung</b> unter <b>Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung</b> mit wochenbezogener <b>Dokumentation</b> bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele	Dokumentation Teamsitzung(Standard)

Tab.: Prüfstruktur des MDK in der geriatrischen Komplexbehandlung

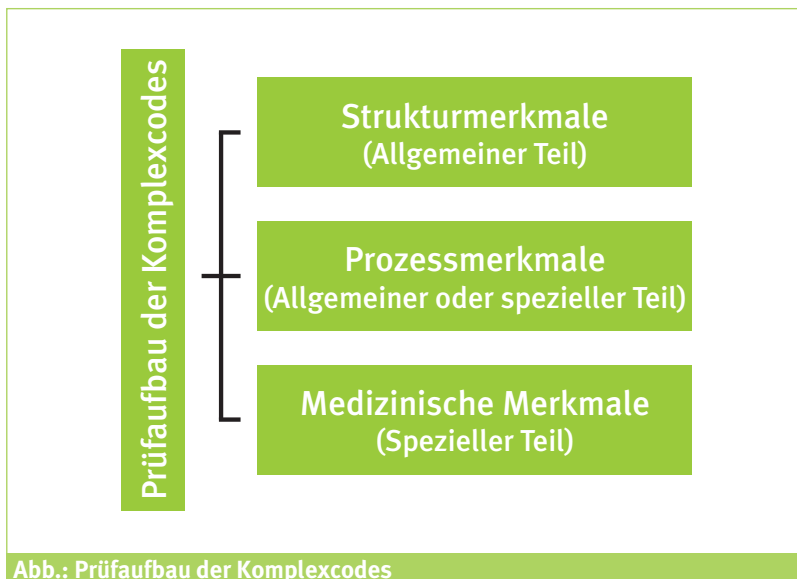


Abb.: Prüfaufbau der Komplexcodes

Strukturmerkmale – bezogen auf den Einzelfall – von den Ärzten des Medizinischen Dienstes erneut abgefragt. Insofern stellt sich die Frage, ob diese Vorgehensweise bei bereits absolvierte Strukturprüfung zielführend ist.

**Beispiel:  
Geriatrische frührehabilitative  
Komplexbehandlung**

Am Beispiel der Geriatrischen frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) lässt sich wie folgt die Grundstruktur des OPS und damit der Prüfaufbau des MDK in der Einzelfallprüfung bezogen auf Struktur- und Prozessmerkmale darlegen.

**Lösungsansätze**

Um das Prüfverfahren für alle Parteien zu vereinfachen, ist die Restrukturierung des OPS-Komplexcodes die erste und grundlegende Voraussetzung. Eine klare Trennung von allgemeinen und besonderen Merkmalen des OPS erlaubt die (MDK-)Prüfung in unterschiedlichen Verfahren durch entsprechendes Fachpersonal. So ist eine Trennung des Verfahrens in Bezug auf das erforderliche Fachpersonal möglich. Während allgemeine Strukturmerkmale einer Prüfung etwa nichtärztlichen Controllern zugänglich sind, bedarf es bei der Prüfung medizinischer Merkmale im besonderen Teil einer ärztlichen Überprüfung.

Wie kann die Restrukturierung des OPS gelingen? Eine Lösungsmöglichkeit bietet folgender Vor-

schlag: Das DIMDI überarbeitet die OPS-Codes dahingehend, dass es für jeden einzelnen OPS-Code festlegt, was ein Strukturmerkmal ist. Nur diese – vom DIMDI festgelegten und katalogisierten – Strukturmerkmale werden dann im Rahmen von Strukturprüfungen überprüft werden. Alle anderen Hinweise und Mindestmerkmale, die nicht explizit als Strukturmerkmale gekennzeichnet sind, sind im Umkehrschluss keine Prüfgegenstände der Strukturprüfungen (► Abb.).

Im weiteren Schritt wäre die OPS Klassifikation in den allgemeinen und speziellen Teil zu gliedern. Bezogen auf das Beispiel des 8-550 (► Tab., Seite 7) würden Strukturmerkmale klar einer Strukturprü-

fung zugeordnet werden können. Im Bereich der Prozessmerkmale gibt es Überschneidungen zwischen allgemeinen (Nr. 3) und patientenindividuellen Merkmalen (Nr. 1 – 2, 4 – 5). Denkbar wäre, die grundsätzliche Vorhaltung der Assessments als Standard und das Vorhandensein der SOP zu prüfen. Auf der Einzelfallebene würde dann lediglich im Fall der Auffälligkeit eine ergebnisorientierte Prüfung erfolgen.

**Strukturprüfungen als  
prospektives/präventives  
Kontrollinstrument**

Einigkeit besteht bei Leistungserbringern und Kostenträgern, aber auch beim MDK dahingehend, dass Strukturprüfungen ein sinnvolles Instrument zur Prüfung von Abrechnungsvoraussetzungen darstellen können. Regelungsbedarf besteht jedoch neben der konkreten Ausgestaltung der Prüfung selbst bei der Rechtsgrundlage, der erforderlichen Dokumentationsstiefe und bei den Folgen nicht bestandener Strukturprüfungen. Nähert man sich dem Thema der Ausgestaltung von Strukturprüfungen abstrakt, dann können drei grundlegende Bereiche differenziert werden, die in einer eigenständigen Prüfverfahrenvereinbarung nach Modifikation des § 276 SGB V geregelt werden könnten:

In der ersten Stufe der Strukturprüfung klärt diese unter Beachtung der Krankenhausplanung und der Weiterbildungsordnung grundlegend die abstrakt-generelle Zulassung eines Leistungserbringers für den von der Definition der Strukturmerkmale umfassten Leistungsbereich, entscheidet also darüber, ob eine Leistung grundsätzlich erbracht werden darf.

Auf der zweiten Stufe könnte entschieden werden, wie beziehungsweise in welchem Umfang die Leis-

**„Um das Prüfverfahren für alle Parteien zu vereinfachen, ist die Restrukturierung des OPS-Komplexcodes die erste und grundlegende Voraussetzung.“**

tung erbracht werden kann. Über eine Definition von Merkmalen, welche die Ausgestaltung von Mindestmerkmalen von Leistungsbereichen, Personalmerkmalen o.ä. definieren, kann eine Zuordnung von gestuften OPS (z.B. Stroke-Behandlung, Stroke „light“ o.ä.) erfolgen, welche unterschiedlich vergütet sind. Alternativ wäre nach dem „Alles oder Nichts“-Prinzip denkbar, von vornherein die Leistungserbringung durch

das Krankenhaus auszuschließen. Auf der dritten Ebene wäre die Rechtsfolge zu klären: Welche Möglichkeit hat das Krankenhaus, bei einer geringen Unterschreitung der Mindestmerkmale zu agieren? Können Nachprüfungen durchgeführt werden? In welchem Zeitraum? Was geschieht, wenn unterjährig die Merkmale nicht erfüllt werden, etwa bei Personalwechsel o.ä.? Was geschieht, wenn es sich um eine differente Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe handelt? Können hier Schlichtungsausschüsse Abhilfe bieten?

### Fazit

Prospektive Strukturprüfungen bieten für Leistungserbringer, aber auch Kostenträger die Chance, bereits vor der Erbringung von Leistungen im Krankenhaus verbindlich für alle Beteiligten zu definieren, ob ein Krankenhaus berechtigt ist, diese Leistungen überhaupt erbringen zu dürfen. In der präventiven Ausgestaltung des Prüfungsinstrumentes liegt die Möglichkeit, Planungssicherheit zu

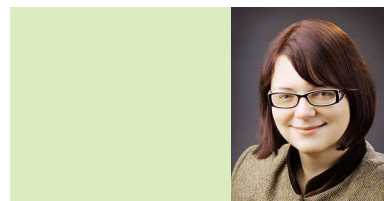
schaffen und eine Leistungssteuerung vorzunehmen. Im Gegensatz zur Einzelfallprüfung, welche retrospektiv das Leistungsgeschehen beurteilt und das Risiko der Erbringung und der nicht finanzierten Vorkhaltung der Krankenhauseseite zuordnet, entsteht durch den präventiven Kontrollansatz ein Gleichgewicht zwischen Leistungserbringer und Kostenträgern. Zugleich bleibt der Wettbewerbsfaktor bestehen: Ein Krankenhaus, dem der Nachweis der Strukturmerkmale in der Budgetverhandlung nicht gelingt, ist von vornherein von der Leistungserbringung ausgeschlossen.

Weiter sollte festgelegt werden, in welchem zeitlichen Abstand diese Prüfungen durchzuführen sind oder ob die Strukturen zum Beispiel im Rahmen von Budgetverhandlungen geprüft werden. Hierzu sind sicher die positiven und negativen Erfahrungen aus den bisherigen Strukturprüfungen hilfreich. Werden Strukturprüfungen als ein Prüfungsinstrument in der Abrechnungsprüfung anerkannt, würde im zweiten

Schritt das Verhältnis zur Stichprobenprüfung, Qualitätsprüfung und Einzelfallprüfung zu klären sein.

In den nächsten Monaten wird die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling weitere Positionen und Vorschläge für eine Restrukturierung des Prüfsystems für stationäre Behandlungen publizieren. ■

**Dr. rer. pol. Erika Raab**  
stellvertretende Vorstandsvorsitzende  
der Deutschen Gesellschaft für  
Medizincontrolling



Dr. rer. pol. Erika Raab

**Dr. med. Bettina Beinhauer**  
Vorstand Deutsche Gesellschaft für  
Medizincontrolling

# OPERATIV & STRATEGISCH

## MEDIZINCONTROLLING IM KRANKENHAUS

Anspruch dieses Herausgeberbandes ist es, sowohl den Medizincontrolling, als auch den mit reinen Kodieraufgaben betrauten Arzt gleichermaßen zu erreichen. Dabei werden dem Spezialisten Denkanstöße und Empfehlungen gegeben, wohingegen dem Außenstehenden bestimmte Grundzüge des Medizincontrollings vermittelt werden. Der rote Faden ist die Gliederung in das operative sowie das strategische Medizincontrolling. Das „Medizincontrolling der Zukunft“ gibt schließlich einen Ausblick über künftige Chancen, Risiken und die Daseinsberechtigung des Medizincontrollings überhaupt.

Dr. med. Nikolaus von Dercks (Hrsg.)  
**Operatives und strategisches Medizincontrolling**  
Hardcover, 2. Quartal 2018, ca. 250 Seiten,  
ISBN 978-3-947566-25-9, 59,95 Euro

