

# Der tägliche Kampf

## Ein Balanceakt zwischen rechtlichen Unstimmigkeiten, Erlösen und neuen Systemen

### **KU Die PrüfvV ist gekündigt. Wie ist Ihre Reaktion?**

Die Kündigung war zu erwarten, da die Probleme, die mit der PrüfvV geregelt werden sollten, nur sehr unzureichend gelöst wurden und stattdessen neue Problemfelder mit dazu kamen. Jede Seite (ob Krankenhaus oder Kassen) schauen danach, wie sie die PrüfvV zum eigenen Vorteil oder zum Nachteil des „Gegners“ auslegen können.

*Das Jahr 2015 ist und bleibt vor allem für Medizincontroller und Kodierfachkräfte turbulent. Kaum war die neue Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) in Kraft, schon ist sie wieder gekündigt. Dr. Erwin Horndasch, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. (DGfM), spricht im Interview mit der KU Gesundheitsmanagement über die Widersprüche und seine Wünsche sowie Herausforderungen für die Neuverhandlungen. Außerdem wirft er einen kurzen Blick auf die Zukunft des Verbandes und die neuen Aufgaben, die in den kommenden Monaten bevorstehen.*

### **Was erhoffen Sie sich nun?**

Ich hoffe sehr, dass bei einer Neuverhandlung die im Laufe des ersten Halbjahres aufgetretenen Probleme angepackt und gelöst werden. Es ist schon bezeichnend, wenn kurz nach einer Vereinbarung von den beiden Vertragspartnern Umsetzungshinweise zur soeben abgeschlossenen Vereinbarung erscheinen, die sich in vielen Punkten widersprechen. Damit ist Streit vorprogrammiert. Die DGfM hat frühzeitig in einem Positionspapier auf die Diskrepanzen aufmerksam gemacht (vgl. KU 1/2015, S. 65-68) und angeboten, bei der Neufassung beratend (und neutral) zur Seite zu stehen.

### **Was wird nun auf die Parteien noch zukommen?**

Die Auswirkungen des Poststreiks auf die nicht detailliert ausgeführten Fristenregelungen und den langen Postlaufzeiten werden uns bzw. die Gerichte auch noch beschäftigen.

### **Welche Wünsche haben Sie zu einer Neufassung?**

Die wesentlichen Kritikpunkte haben wir in dem schon erwähnten Positionspapier dargelegt. Was die Medizincontroller der Krankenhäuser bewegt, haben wir in einer Blitzumfrage ebenfalls erhoben (vgl. KU 4/2015, S. 64-66), ohne dass diese Umfrage repräsentativ erscheinen soll.

Eine entsprechende Umfrage oder Erhebung unter den Kassenmitarbeitern ist uns nicht bekannt. Mangels Zugriff auf die entsprechenden Kontaktdaten konnten wir auch hier keine durchführen. Wesentlich für die Krankenhausmitarbeiter ist dabei die Benennung der Auffälligkeit, beziehungsweise die strittigen Diagnosen oder Prozeduren.

### **Vor welchen Problemen oder Herausforderungen stehen Sie immer noch?**

Leider finden sich immer noch Pauschalanfragen nach dem Motto: Ist die Hauptdiagnose korrekt, sind die Nebendiagnosen korrekt, stimmen die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)? Hier ist eine Vorbereitung auf die Prüfung fast unmöglich und auch mit den Ressourcen des MDK wird hier in einer fast nicht zu verantwortenden Art und Weise umgegangen.

Hier sollte zumindest von den Kostenträgern verlangt werden dürfen, die unklaren Nebendiagnosen oder Prozeduren zu benennen, beziehungsweise welche Hauptdiagnose aus deren Sicht in Frage käme. Denn nur so kann der unstrittige Betrag ermittelt werden, den die Kasse dann verrechnen darf. Da aber auch der Betrag nicht mitgeteilt werden muss, ist es schwierig, einen unstrittigen Betrag zu ermit-

teln, wenn die Angaben zu dessen Ermittlung ebenfalls nicht bekannt sind. Hier besteht ein dringender Klärungsbedarf.

### **Was ist für einen reibungslosen Ablauf der Prüfungen noch notwendig?**

Ebenfalls erforderlich ist eine Verlängerung der Frist zur Aktenübermittlung an den MDK. Während die Kassen sechs Wochen Zeit haben, eine Datenübermittlung zu überprüfen, wird es den Krankenhäusern zugemutet, innerhalb von vier Wochen komplette Akten zu sichten und an den MDK zu übersenden.

Und dann ist zwischen den Parteien noch nicht einmal klar, welche Unterlagen für die Beurteilung erforderlich sind, bzw. angefordert werden sollen. Häufig fragt der MDK nach den für die Beurteilung „relevanten Unterlagen“. Allerdings weiß das Krankenhaus nicht, welche Prüfmaßstäbe der jeweilige MDK-Gutachter anlegt und welche Unterlagen dazu jeweils erforderlich sind. Damit liegt das Risiko für die Auswahl der korrekten oder falschen Unterlagen beim Krankenhaus. Eine Konkretisierung oder eine Nachforderung von fehlenden Unterlagen ist nicht vorgesehen.

Auch wurde schon von einzelnen MDKs die Annahme von Unterlagen verweigert, wenn die komplette Akte geschickt wird, da dies mit dem Datenschutz nicht vereinbar sei.

In beiden Fällen wurde vom MDK dann an die Kasse gemeldet, dass die Unterlagen nicht fristgerecht eingegangen sind und der strittige Betrag wurde von der Krankenkasse verrechnet.

Andererseits kann es sein, dass der MDK den Entlassungs- und den OP-Bericht anfordert, die für die Prüfung relevanten Daten aber in einem anderen Dokument stehen, welches nicht angefordert wurde. Hier wird dann das Krankenhaus im Sozialgerichtsverfahren darauf hinweisen, dass die falschen Unter-

lagen vom MDK angefordert wurden.

Beide Vorgehensweisen entsprechen nicht den Vorstellungen eines partnerschaftlichen Verhaltens. Hier sollte bei einer Neuverhandlung der Prüfverfahrenvereinbarung die Möglichkeit des Nachreichens, bzw. des Nachforderns von Unterlagen explizit vorgesehen werden, sofern nicht die Vor-Ort-Prüfung als Prüfverfahren der Wahl vorgesehen wird.

Aus den bisher gemachten Erfahrungen mit dem Vorverfahren und den Falldialogen ist zu sehen, dass hier oftmals unterschiedliche Erwartungen der an dem Geschehen beteiligten Partner vorliegen. Ein Problem ist dabei der Datenschutz, da schützenswerte Daten nicht preisgegeben werden dürfen aber eine Verweildauerbegründung meist eben nur mit diesen Daten möglich ist. Hier besteht dann für den Krankenhausmitarbeiter ein Dilemma.

### Wie könnte man dieses Dilemma Ihrer Meinung nach lösen?

Das Dilemma des Datenschutzes ist nur über eine eindeutige gesetzliche Klarstellung möglich, da sich derzeit die Ausführungen der Datenschützer und die Ausführungen der Sozialgerichte zu den beschriebenen Sachverhalten widersprechen. Ein Verstoß gegen den Datenschutz zieht gegebenenfalls Schadensersatzforderungen nach sich, beziehungsweise kann auch als Ordnungswidrigkeit oder Straftat gesehen werden. So steht es zumindest im Bundesdatenschutzgesetz in den entsprechenden Paragraphen. Diese Verfahren werden aber dann – wenn es denn so weit kommen sollte – vor einem anderen Gericht als einem Sozialgericht verhandelt. Damit entsteht die absurde Situation, dass die strenge Umsetzung der Auffassung des Bundessozialgerichtes möglicherweise eine strafrechtliche Ahndung nachziehen kann. Diese Diskrepanz kann deshalb nach meiner Auffassung (ich bin allerdings nur Mediziner und kein Jurist) nur über den Gesetzgeber geregelt werden.

### Welche Punkte im Zusammenhang mit Krankenhausabrechnung und Rechnungsprüfung sind sonst noch wichtig?

Ein Ärgernis ist aus meiner Sicht



Dr. Erwin Horndasch, 53, ist seit 2010 Generalsekretär der DGfM. Hauptberuflich ist er Abteilungsleiter Medizincontrolling im Stadtkrankenhaus Schwabach gGmbH. Daneben ist Dr. Horndasch freiberuflich tätig und in diesem Rahmen unter anderem der Leiter des Medizincontrollings am Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt GmbH und Gutachter für Gerichte bei Abrechnungstreitigkeiten.

die in den letzten Jahren inkonsequente Bundessozialgerichtsrechtsprechung. In vielen Urteilen haben der erste und der dritte Senat unseres höchsten Gerichtes ihre unterschiedlichen Sichtweisen dargelegt und die Auffassungen des anderen Senates als unzutreffend dargestellt. Damit verbunden ist natürlich eine extreme Verunsicherung, da die Akteure vor Ort dann nicht wissen, welche Rechtsauffassung nun gilt.

Seit dem 1. Januar 2015 geht der erste Senat nun dazu über, die Rechtsprechung des dritten Senats in Krankenhausabrechnungsfällen grundsätzlich in Frage zu stellen, beziehungsweise sich von ihr abzuwenden. Damit ist auf den unteren Ebenen Streit vorprogrammiert und eine Zunahme der Klagen vor den Sozialgerichten zu erwarten. Daneben „erfindet“ das Bundessozialgericht (BSG) neue Prüfgründe. Bis zum letzten Jahr waren alle der Meinung, dass es eine Auffälligkeitsprüfung nach § 275 SGB V gibt. Nun gibt es nach dem BSG auch eine sachlich-rechnerische Prüfung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Allerdings findet sich diese Prüfung nicht in den Sozialgesetz-

### An welchen Ort würden Sie gerne reisen?

Ziemlich weit oben auf der Wunschliste steht eine Expedition in die Antarktis.

### Haben Sie ein tägliches Ritual?

Ein geruhiges Frühstück als Start in den Tag.

### Ein Highlight jeden Tag wäre...

... ein vernünftiger Ausgleich zwischen Arbeit und Freizeit.

### Welchen Traumberuf hatten Sie als Kind?

In der frühen Kindheit war es mal die Theologie. Die wurde aber relativ schnell vom Beruf des Arztes abgelöst.

### Für die Zukunft wünsche ich mir...

... mehr Zeit für das oben erwähnte Highlight.

zen, sondern nur in den Urteilen des BSG. Entsprechend unterschiedlich werden diese Vorgaben dann auch umgesetzt. Eine gesetzliche Vorgabe dazu fehlt jedoch. Die wird nur nachträglich vom BSG geliefert.

### Die Entscheidungen des BSG sind also unsinnig.

Ich bemängele hier nicht die Entscheidungen des BSG, die ja zutreffend sein können. Ich kritisiere, dass in den seit den Urteilen ergangenen Gesetzen zum Krankenhausrecht darauf nicht eingegangen wird und diese neuen Gedanken nicht in einen Gesetzestext gegossen wurden.

Alternativ hätten die Überlegungen des BSG auch dazu führen können, dass die ursprünglichen Paragraphen so ausformuliert werden, dass für zusätzliche Interpretationen kein Spielraum bleibt.

### Was bedeutet das für die jetzige Situation?

Derzeit haben wir eine enorme Rechtsunsicherheit, da wir zum einen den Gesetzgeber (Bundestag) und zum anderen einen Nebengesetzgeber (BSG) haben und von die- ▶

sen Institutionen unterschiedliche Signale an die Kassen und Krankenhäuser ausgesandt werden.

Als ein klassisches Beispiel darf das Verwirrspiel um die Schlichtungsausschlüsse auf Landesebene dienen. Hier erleben wir fast wöchentlich neue Entwicklungen und ich bin persönlich sehr gespannt darauf, wie sich die aktuelle Situation im weiteren Verlauf des Jahres 2015 noch entwickelt.

Das letzte Urteil des ersten Senates hat die bis dahin geltende Rechtsauffassung des dritten Senates des Bundessozialgerichtes komplett gedreht. De facto wird ab September den meisten Krankenhäusern der Weg zum Sozialgericht versperrt sein. Im Referentenentwurf zum Krankenhausstrukturgesetz werden die Schlichtungsausschlüsse zwar wieder gestrichen, aber noch ist nicht sicher, ob dieses Vorhaben im Gesetzgebungsverfahren dann auch so umgesetzt wird.

#### **Gibt es auch positive Ansätze?**

Es fällt schwer, positive Ansätze zu entdecken. Zunächst wurde begrüßt, dass es jetzt endlich verbindliche Regelungen und Fristen gibt. Dann wurden die Regelungen unterschiedlich von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und vom GKV-Spitzenverband interpretiert und anschließend wurden die Fristen durch die Neu-Interpretation der Abrechnungsregeln durch das BSG wieder abgeschafft. Ein positiver Ansatz war die geplante Regelung zur elektronischen Übermittlung der entsprechenden Daten. Leider sind hier die Bemühungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband zum Erliegen gekommen, wenn meine Informationen korrekt sind.

Positiv ist, dass die Ansichten der Praktiker (also diejenigen, die die Vereinbarung vor Ort umsetzen müssen) zumindest gehört worden sind. Ob im Zug der Neuverhandlung hier die Expertise der Praktiker im Vorfeld gehört wird, muss allerdings offen bleiben. Da bekanntlich die Hoffnung zuletzt stirbt, bin ich hier optimistisch.

Ein weiterer positiver Ansatz ist der direkte Kontakt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse im Rahmen der Falldialoge. Das ist aus meiner Sicht durchaus ausbaufähig.

Ich muss jedoch klarstellen, dass das meine persönliche Meinung ist, die bei Weitem nicht alle Kolleginnen und Kollegen (sowohl bei den Kassen als auch in den Krankenhäusern) teilen.

#### **Auf der diesjährigen Mitgliederversammlung der DGfM stehen wieder Vorstandswahlen an. Was sind die Herausforderungen für die nächste Amtsperiode?**

Ein wesentlicher Punkt ist die Stärkung der DGfM als die zentrale Institution im Medizincontrolling und der dort beschäftigten Personen. Hervorgegangen aus einer anfänglich rein krankenhauserorientierten Sichtweise ist es uns gelungen, uns zunehmend als neutrale Instanz und damit auch als Ansprechpartner sowohl für Krankenhäuser als auch für Krankenkassen zu etablieren. Diese Position wollen wir ausbauen und festigen. Damit verbunden ist natürlich gemäß unserem satzungsmäßigen Auftrag auch die Integration aller im Medizincontrolling beschäftigten Personen in unsere Gesellschaft.

#### **Was bedeutet das?**

Hier schweben mir persönlich auf der Krankenseite die Kodierfachkräfte und auf Kassenseite die entsprechenden Sachbearbeiter der Kassen vor. Beiden Personengruppen wollen wir eine „Heimat“ bieten. Nicht zu vergessen natürlich die Kolleginnen und Kollegen beim MDK.

Idealerweise kommt es auf gemeinsamen Veranstaltungen dann zu einem persönlichen Austausch und nicht nur zu gegenseitigen Schuldzuweisungen über die Presseabteilungen der jeweiligen Lobby-Verbände.

#### **Was verändert sich im „Kerngeschäft“?**

Im „Kerngeschäft“ des Medizincontrollings wird das pauschalierte Entgeltsystem in der Psychiatrie einen ziemlich großen Platz im Tagesgeschäft einnehmen. Hier müssen wir zwar nicht alle Fehler aus dem DRG-System wiederholen, sondern können daraus lernen. Allerdings sind in der PEPP-Systematik doch so viele Besonderheiten zu berücksichtigen, dass es mit einem einzelnen zusätzlichen Tagesordnungs-

punkt auf einer Agenda nicht erledigt werden kann.

#### **Es gibt bereits Psychiatrien und psychosomatische Kliniken, die ein Entgeltsystem nutzen. Haben Sie hier bereits Rückmeldungen erhalten, was gut und weniger gut läuft?**

Die Rückmeldungen sind noch sehr sporadisch. Es gibt große Unsicherheiten mit der prüfungssicheren Dokumentation und mit der Interpretation der doch sehr komplexen Texte in den einzelnen OPS.

#### **Was muss hier auf jeden Fall noch beachtet werden?**

Von den Kliniken muss beachtet werden, dass der Umstieg sauber und die Dokumentation prüfungssicher erfolgt. Eine Nachsicht bei fehlerhafter Dokumentation kann weder vom MDK noch von den Kassen erwartet werden.

#### **Kann das DRG-System überhaupt so „einfach“ auf die PEPP-Systematik umgemünzt werden?**

Das PEPP-System ist schon ein eigenständiges System und kann nicht mit dem DRG-System eins zu eins verglichen werden. Hier geht es eher um das Überstülpen eines Korsetts von OPS-Ziffern, die den Behandlungsverlauf möglicherweise beeinflussen werden, da bei einer Inkongruenz zwischen OPS und Behandlung der OPS nicht kodiert werden darf.

Das betrifft zum Beispiel die Zeitanlagen oder die Gruppengrößen im OPS. Wenn der OPS aber nicht kodiert werden darf, dann fehlen möglicherweise Erlöse. Auch die Dokumentation der Behandlung hinsichtlich der Fehlbelegungsproblematik wird in der Psychiatrie ähnlich kompliziert und aufwendig werden wie in der Somatik.

#### **Was wünschen Sie sich für das Jahr 2016?**

Ein bisschen mehr Ruhe im doch so hektischen Tagesgeschäft eines Medizincontrollers.

#### **Vielen Dank für das Gespräch, Herr Dr. Horndasch.**

*Das Interview führte KU-Redakteurin Jacqueline Burak.*