



Strukturprüfungen

Schlüsselproblem der Kliniken

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information hat in den OPS-Codes Hinweise zu strukturellen Mindestmerkmalen für die Abrechnung der Codes hinterlegt. Diese kontrolliert der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Rechnungsprüfung. Allerdings fehlt eine Definition dieser Merkmale bislang ebenso wie eine bundesweit einheitliche Checkliste zur Überprüfung der Strukturen. Ein Lösungsansatz der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling.

Von Dr. Erwin Horndasch, Dr. Ulf Dennler

Seit Einführung der Komplexcodes im OPS-Katalog (Operationen- und Prozedurenschlüssel) haben wir es im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Rechnungsprüfung immer häufiger mit einem besonderen Phänomen zu tun: den sogenannten Strukturprüfungen.

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 wird landläufig MDK-Prüfung genannt und bezieht sich auf den jeweiligen Einzelfall (Einzelfallprüfungen).

Nun ist es aber so, dass 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. Aus Praktikabilitätsgründen ist es nicht sinnvoll, alle diese Strukturmerkmale in jeder Einzelfallprüfung zu hinterfragen. Deshalb ist der MDK dazu übergegangen, diese Strukturmerkmale in eigens dafür angesetzten „Strukturprüfungen“ zu kontrollieren.

MDK prüft Strukturmerkmale, ohne dafür zuständig zu sein

Das Bundessozialgericht (BSG) hat dazu am 18. Juli 2013 im Verfahren 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 sowie der Hinweise von Juristen, dass die Strukturprüfungen des MDK keine Rechtsgrundlage haben, nehmen die einzelnen MDK in den Bundesländern weiter in unterschiedlichem Ausmaß Strukturprüfungen vor. Nachvollziehbar legen die Beteiligten die Begriffe Strukturmerkmal und Einzelfallmerkmal unterschiedlich aus. Eine klare Abgrenzung zwischen diesen Begriffen ist oft nicht möglich.

Das hat auch das BSG in der Entscheidung vom 18. Juli 2013 erkannt und thematisiert: „Unverständlich ist in diesem Zusammenhang übrigens, weshalb die Klägerin das erste Kodiermerkmal („Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten ken-

„Abrechnungsprüfungen“ ist Thema eines DGfM-Workshops auf dem 16. Nationalen DRG-Forum am 23. und 24. März in Berlin.

Unter Moderation von Dr. Erwin Horndasch, Vorstandsvorsitzender, Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., Heidelberg, diskutieren

- ▶ Markus Holzbrecher-Morys, Referent Dezernat III – IT, Datenaustausch und eHealth, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin
- ▶ Dr. Claudia Kreuzer, Leiterin Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein, Düsseldorf
- ▶ Dr. Volker Saßmann, Oberarzt Anästhesie, Leiter Medizincontrolling, Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin, St. Marien Krankenhaus, Siegen

Sichern Sie sich jetzt Ihren Platz und melden Sie sich an:

www.drg-forum.de

nen⁴⁾ als ‚prozedurbezogenes Mindestmerkmal‘ klassifiziert und das zweite Merkmal (‚Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein‘) demgegenüber als Mindestanforderung an die Strukturqualität einordnet. Beide Merkmale erfordern nämlich gleichermaßen eine Bereitstellung von Ressourcen durch das Krankenhaus, sodass schon der Begründungsansatz der Klägerin nicht trägt.“

Es ist auch ständige Rechtsprechung, dass Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in den zahlreichen Behandlungsfällen streng nach ihrem Wortlaut in den dazu vereinbarten Anwendungsregelungen zu handhaben sind. Unter den vereinbarten Anwendungsregelungen sind die Kataloge und die Kodierrichtlinien zu verstehen. Weitere verbindliche Anwendungsregelungen gibt es derzeit nicht. Insbesondere gibt es keine vom Gesetzgeber verabschiedete oder von der Selbstverwaltung konsentrierte Regelung zu den Prüfungen der Strukturen.

Die Festlegung von Strukturen als grundsätzliches Kriterium für die Abrechenbarkeit von Leistungen stellt das BSG nicht infrage: „Das DIMDI kann daher sehr wohl auch strukturelle Abrechnungsvoraussetzungen für die jeweilige Prozedur (hier: Mindestmerkmale des OPS-Kodes 8–980) festlegen.“

Wenn nun das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Strukturkriterien aufstellen darf, dann muss es wohl auch eine Instanz geben, die diese Strukturmerkmale überprüft. Und genau hier liegt derzeit das Problem: Es ist im OPS-Code nicht genau definiert, was ein Strukturmerkmal und was eine einzelfallbezogene und patientenbezogene Komponente des OPS ist. Hier kommt es im täglichen Betrieb immer wieder zu unterschiedlichen Auffassungen.

Ein erster Versuch des DIMDI, die Doppelbedeutung von Mindestmerkmalen als Struktur- und Prozessmerkmal zu definieren, ist in der FAQ 8033 zur halbstündigen Transportentfernung bei einer Schlaganfallkomplexbehandlung zu finden: „Im Falle eines externen Kooperationspartners darf die Transportentfernung (Zeit zwischen

Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende) nicht mehr als eine halbe Stunde betragen. Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.“

Im täglichen Betrieb ist immer wieder festzustellen, dass es bei der Interpretation von Mindestmerkmalen als Struktur- und/oder Prozessmerkmale zu unterschiedlichen Auffassungen kommt.

Zudem geben die Krankenhausgesellschaften zur Überprüfung der Strukturen Checklisten heraus, um im Rahmen von Budgetverhandlungen diese Komplexcodes überprüfen zu lassen oder deren Strukturen zu bestätigen. Da die Krankenhausgesellschaften in den einzelnen Bundesländern eigene Listen erstellen, sind diese durchaus unterschiedlich.

Darüber hinaus gibt es für die MDK initiierten Strukturprüfungen vom MDK selbst erstellte Checklisten, die sich wiederum von den Listen der Krankenhausgesellschaften unterscheiden. Somit existieren also viele Listen, die alle dem Zweck dienen sollen, die vom DIMDI vorgegebenen Strukturmerkmale zu überprüfen, obgleich das Institut im Einzelnen nicht festgelegt hat, was genau ein Strukturmerkmal und was Bestandteil der Behandlung im Einzelfall ist.

Da die Rechtsgrundlage für die Prüfung derzeit nicht ganz klar ist – ob überhaupt eine Strukturprüfung durchzuführen ist und wie –, besteht unter den Beteiligten eine erhebliche Unsicherheit. Zwar stimmen sie grundsätzlich überein, dass die Kostenträger ein begründetes Interesse daran haben, die vom DIMDI aufgestellten Strukturkriterien zu überprüfen. Streit oder Diskussionsbedarf besteht aber über den Umfang sowie die Art und Weise der Prüfungen.

Einheitliche Prüfprotokolle mit festgelegten Vorgaben

Eine Lösungsmöglichkeit bietet folgender Vorschlag: Das DIMDI überarbeitet die OPS-Codes dahin gehend, dass es für jeden einzelnen OPS-Code festlegt, was ein Strukturmerkmal ist. Nur diese – vom DIMDI festgelegten und katalogisierten – Strukturmerkmale sollen 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.

Problematisch sind Mindestmerkmale, die weder Struktur- noch Prozessmerkmale sind, da diese zum Teil keinen Bezug zu Sozialdaten aufweisen und deren Prüfung nur unter Verletzung des Personal-Datenschutzes möglich wäre. Beispielhaft sei hier ein Mindestmerkmal aus dem Code 9–648 Erhöhter therapieprozessorientierter patientenbezogener Supervisionsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen genannt: „Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen.“ Weder ergibt sich aus dem Mindestmerkmal, was ein entsprechendes Vergütungsverhältnis ist, noch wie dessen Einhaltung in einer Prüfung nachgewiesen werden kann. Reicht der Tarifvertrag, wären die Arbeitsverträge oder sogar die Einkommensnachweise der betroffenen Mitarbeiter vorzulegen? Und verstößt ein leitender Mitarbeiter mit einem AT-Gehalt auch gegen diese Norm?

Um für die Prüfung eine bundesweit einheitliche Verfahrensweise herzustellen, müsste der Gesetzgeber vorgeben, wer die entsprechenden Prüfprotokolle erstellt. Es kann nicht sein, dass von Bundesland zu Bundesland andere Maßstäbe zur Prüfung derselben Sachverhalte und Strukturen angelegt werden. Zu diskutieren wäre, ob dies zum Beispiel der Gesetzgeber als Angelegen-

heit der Selbstverwaltung bestimmt. Damit würde dann auch eine Rechtsgrundlage für die Prüfungen bestehen.

Zudem sollten die Protokolle so formuliert werden, dass explizit festgelegt wird, in welcher Form anhand welcher Unterlagen die Strukturen zu prüfen sind. Der Interpretationsspielraum für Kliniken und/oder für den MDK sollte dabei auf ein Minimum beschränkt sein. Das bedeutet, dass die vorzulegenden Dokumente (zum Beispiel Qualifikationsnachweise) abschließend benannt werden.

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. Auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) überprüft der MDK derzeit, beispielsweise die G-BA-Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma. In dieser als Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL) bezeichneten Richtlinie heißt es in § 6 (Nachweisverfahren):

„(1) Der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß den §§ 4 und 5 ist gegenüber den Krankenkassen vor Ort im Rahmen der jährlichen Pflegesatzverhandlungen in Form der Konformitätserklärung gemäß Anlage 2 zu führen.

(2) Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der Angaben in der Konformitätserklärung beurteilen zu können, sind bei Prüfungen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor Ort vorzulegen.

(3) Fachliche Voraussetzungen gemäß § 4 dieser Richtlinie sind gegebenenfalls durch Vorlage der Urkunde bzw. sonstiger Nachweise über die Berechtigung zum Führen der genannten Bezeichnungen nachzuweisen.“

Alternativ wäre auch diskutierbar, den G-BA zu beauftragen, die entsprechenden Strukturkriterien und deren Überprüfung festzulegen.

Zusammengefasst ist also zum einen eine Lösung zu finden, um die einseitigen und nicht konsentierten Vorgaben einer einzelnen Partei (in diesem Fall der MDK) durch ein konsentiertes System abzulösen. Zum anderen ist eine rechtliche Grundlage für eine Prüfung zu erstellen, sodass es nicht mehr zu der aus einer juristischen Grauzone resultierenden Verweigerungshaltung einer anderen Partei (also von manchen Kliniken) kommen kann.

Zum Verständnis: Dieser Beitrag hinterfragt nicht die Prüfungen des MDK im Rahmen der vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) für den G-BA entwickelten Regelungen zur Qualitätssicherung nach § 137a SGB V, sondern nur die Prüfung der im OPS derzeit noch nicht eindeutig als Strukturmerkmale gekennzeichneten strukturellen Voraussetzungen. Es ist wichtig, diese beiden Begrifflichkeiten in der täglichen Argumentation über Prüfungen von Struktur und Strukturqualität zu trennen.

Es ist anzunehmen, dass die Akteure im täglichen Abrechnungsgeschäft über eine entsprechende gesetzliche Regelung zur Prüfung der im OPS enthaltenen Strukturmerkmale froh wären, da dies den Streit vermindern und die Sozialgerichte entlasten könnte. Die gemachten Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM) sollen daher als erster Ansatz in einem Diskussionsprozess gesehen werden, an dessen Ende eine für alle Beteiligten (v)erträgliche Lösung stehen könnte.

Dr. Erwin Horndasch
Vorstandsvorsitzender
E-Mail: Erwin.Horndasch@medizincontroller.de

Dr. Ulf Dennler
Mitglied des Vorstands
Vorsitzender des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA)
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.
Karlsruher Straße 34/1
68766 Hockenheim



LIVE vom DRG-Forum

Unsere Redaktion berichtet am 23. und 24. März live vom **16. Nationalen DRG-Forum**.

Unter www.BibliomedManager.de informieren wir Sie mit topaktuellen News, Fotos, Video-Interviews und Twitter-Postings. Die Vor- und Nachberichterstattung finden Sie ebenfalls auf unserer Website.

Alle Höhepunkte können Sie zudem in einer Sonderausgabe von *f&w*, die im April erscheint, nachlesen.

www.BibliomedManager.de