

# STELLUNGNAHME ZUM MDK-REFORMGESETZ

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR MEDIZINCONTROLLING

# INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung .....	5
Stellungnahme der DGfM .....	7
A. Begriff der korrekten Abrechnung .....	7
1. Fehlender Differenzierung der Anlässe für Rechnungskürzungen .....	8
a) Ausgangslage .....	8
b) Reformansatz .....	8
2. Fehlende Klarheit in den Kodierrichtlinien .....	9
a) Ausgangslage .....	9
b) Reformansatz .....	9
c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge.....	9
3. Strukturmerkmale in den Prozedurenschlüsseln .....	10
a) Ausgangslage .....	10
b) Reformansatz .....	10
c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	11
4. Unbestimmte Rechtsbegriffe .....	11
a) Ausgangslage .....	11
b) Reformansatz .....	11
c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	11
5. Primäre Fehlbelegung .....	12

a) Ausgangslage .....	12
b) Reformansatz .....	12
c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	12
6. Soziale Indikationen .....	14
a) Ausgangslage .....	14
b) Reformansatz .....	14
c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	14
B. Strukturprüfung .....	15
1. Ausgangslage.....	15
2. Referentenentwurf.....	15
3. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	15
C. Festlegung Prüfquote.....	16
1. Ausgangslage.....	16
2. Referentenentwurf.....	16
3. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	16
D. Transparenz im Prüfgeschehen .....	17
1. Ausgangslage.....	17
2. Referentenentwurf.....	18
3. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	18
E. Schlichtungsausschuss.....	18
1. Ausgangslage.....	18
2. Referentenentwurf.....	20
3. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	20
F. Rechnungskorrektur.....	21

1.	Referentenentwurf.....	21
2.	Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	21
G.	Keine MD-Prüfung von Katalogleistungen .....	21
1.	Referentenentwurf.....	21
2.	Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	21
H.	Versorgungsforschung.....	22
1.	Referentenentwurf.....	22
2.	Bewertung / Verbesserungsvorschläge:.....	22

# ZUSAMMENFASSUNG

Die DGfM begrüßt den Gesetzesentwurf, dessen Umsetzung eine deutliche Reduktion überflüssiger Prüfaufwände sowie eine erhebliche Verminderung von Fehlanreizen der bisher praktizierten Abrechnungsprüfung und Krankenhausabrechnung ermöglicht. An allen relevanten Problemstellen der bisherigen Abrechnungsprüfungssituation sind konkrete Maßnahmen vorgesehen, welche Verbesserungen erhoffen lassen. Diese sind ausgewogen ausgestaltet, so dass sowohl krankenseitig als auch krankenkassenseitig unnötige administrative Aufwände reduziert sowie gerichtliche und außergerichtliche Streitaktivitäten verhindert werden.

Geschaffen werden eindeutig Anreize hin zur korrekten Abrechnung und einer Abrechnungsprüfung, welche die identische Zielrichtung verfolgen soll. Im Effekt erwarten wir sowohl niedrigere Höhen der primären Krankenhausabrechnung durch den Wegfall von Anreizen zur erlösoptimierender Kodierung, im gleichen Maße jedoch den Wegfall unberechtigter Rechen kürzungen durch die krankenkassenseitige Ausnutzung von Interpretationsspielräumen bei der stationären Kodierung und Fallbewertung. Nutzen entsteht durch die Umsetzung der Vorschläge vor allem für korrekt abrechnende Krankenhäuser und für Krankenkassen, die nicht im Sinne einer Ausgabenoptimierung, sondern im Sinne einer fairen Vergütung optimaler Patientenversorgung agieren. Auf den Seiten aller Beteiligten erwartet die DGfM relevante Einsparungen im Personalaufwand für die künftig deutlich weniger aufwendigen Prüfungen und die sehr viel seltener zu erwartenden gerichtlichen Auseinandersetzungen dazu.

Kritisch bewertet wird die zeitliche Abfolge der geplanten Maßnahmen: Die begrüßenswerten Pläne zur Erweiterung des Kataloges ambulant im Krankenhaus erbringbarer Leistungen werden ihren Effekt frühestens in 2022 zeigen. In den Jahren 2020 und 2021 kann jedoch vorab eine massiv erhöhte Prüfkaktivität von Kostenträgern in Bezug auf ambulante Leistungserbringung und Streichung von Verweildauertagen am Bereich der unteren Grenzverweildauer zu erheblichen Friktionen führen. Hier muss durch eine Übergangslösung oder eine inhaltliche Anpassung korrigiert werden.

Konkret schlägt die DGfM folgende Anpassungen am Gesetzesentwurf vor:

Die Festlegung von Prüfquotengruppen innerhalb der Krankenhauslandschaft ist ein guter Ansatz, um korrekte Abrechnung belohnen zu können. Da keinerlei Erfahrungswerte vorliegen und auch keine aggregierten Daten über Prüfergebnisse bekannt sind, schlägt die DGfM vor, anstatt eines festgelegten Korridors von Prozentzahlen die Gruppen in Quartile der Abrechnungskürzungen zu unterteilen. Damit könnte jeweils im schlechtesten Quartil der am schlechtesten abrechnenden Krankenhäuser die erlaubte Prüfquote am höchsten und der auf Falschabrechnung zu zahlende Differenzbetrag ebenso am höchsten angewandt werden. Für die im untersten Quartil befindlichen Krankenhäuser mit bester Abrechnungsqualität wäre dann die Prüfquote bei unter 5 % ohne Rückzahlungsverpflichtung bei vereinzelt inkorrekten Abrechnungen anzuwenden.

	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4
25 % der Krankenhäuser mit den ...	.. höchsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnung	.. zweithöchsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnung	.. zweitniedrigsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnung	.. niedrigsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnung
Folgeprüfquote	$\geq 15\%$	$< 15\%$	$< 10\%$	$< 5\%$
Strafzahlung auf Differenzbetrag	50%	50%	25%	0%

Die organisatorische und inhaltliche Abtrennung der Strukturprüfungen von den Einzelfallprüfungen ist zu begrüßen. Parallel zu den Datenerfassungen über die Prüfergebnisse aus der Einzelfallprüfung sollen die Prüfergebnisse aus den Strukturprüfungen ebenfalls in einer zentralen Datenbank verwaltet und öffentlich einsehbar gemacht werden.

Im Sinne des Anstrebens primär korrekter Krankenhausabrechnungen ist der Ansatz, selbige nach Erstabrechnung nicht mehr systematisch korrigieren zu dürfen sinnvoll. Jedoch müssen Regelungen für Situationen definiert werden, in denen Krankenhäuser bei erheblichen Veränderungen der Abrechnung durch Fehler im primären Abrechnungslauf, aber auch durch nicht vermeidbare organisatorische Situationen (z. B. die Stornierung einer Erstabrechnung bei nachträglicher Fallzusammenführung) eine nachträgliche Korrekturmöglichkeit haben. Ansätze hierfür könnten Mindestbeträge der Korrektur sowie die Pflicht zur Beauftragung des MD

ohne Anrechnung auf die Prüfquote und mit einer durch das Krankenhaus zu übernehmenden Aufwandspauschale sein.

Für die geplanten Analysen der Prüfergebnisse der Einzelfallprüfung empfehlen wir dringend, dem GKV-Spitzenverband eine eindeutige Vorgabe zur Definition der abzufragenden Daten zu machen. Hierbei soll ein einzelfallbezogener Datensatz generiert werden, der in Analogie zum § 21 Datensatz der Krankenhäuser eine hochdifferenzierte Analyse aller Prüffälle ermöglicht. Ebenso sollten konkrete Fragestellungen definiert werden, die durch diese Analysen regelmäßig beantwortet werden. Die Rohdaten sollten zu den Institutionen mit berechtigtem Interesse z. B. zu Fragen der Versorgungsforschung, zugänglich gemacht werden.

# STELLUNGNAHME DER DGFM

## A. BEGRIFF DER KORREKTEN ABRECHNUNG

Das größte Auseinandersetzungspotential bietet der Begriff der „korrekten Abrechnung“.

Aus Sicht der DGfM gilt es bei der Bestimmung der Korrektheit der Abrechnung die bestehenden Unschärfen in der Praxis zu verbessern: Im Reformentwurf finden sich dazu deutliche Ansätze.

Hauptstreitpunkte im Rahmen der korrekten Abrechnung sind bislang:

- die fehlende Klarheit in den Kodierrichtlinien
- konkurrierende Hauptdiagnosen
- Strukturmerkmale in den Prozedurencodes
- Unbestimmte Rechtsbegriffe
- Vermischung von Rechkürzungen durch Kodierungsanpassungen mit Streichungen auf Grund von Verweildauerkürzungen
  - primäre Fehlbelegungen

- Verweildauerprüfungen bei sekundärer Fehlbelegung, v.a. im Bereich der UGVD
  - soziale Indikationen

Dazu im Einzelnen:

## 1. Fehlender Differenzierung der Anlässe für Rechnungskürzungen

### a) Ausgangslage

Seitens der Krankenkassen werden die eigenen leistungsrechtlichen Entscheidungen im Sinne von Rechnungskürzungen aus verschiedensten Gründen als „Falschabrechnungen“ zusammengefasst und mit dem Vorwurf des „Abrechnungsbetruges“ medienwirksam berichtet. Dabei wird ein Kern des Problems – die Streichung von Zahlungen auf Basis unterschiedlicher Sichtweise bezüglich der primären und sekundären Fehlbelegung – nicht thematisiert.

### b) Reformansatz

Eine Reihe von langfristig sinnvoll ineinandergreifenden Maßnahmen wird sowohl die im folgenden detailliert beschriebenen Probleme der Kodierung und primärer Fehlbelegung entschärfen.

### c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge

Klargestellt werden sollte, dass zwischen Abrechnungsfehlern im Sinne einer durch Kodierfehler zu hoch ausgestellten Abrechnung und Kürzung wegen unerwünschter stationärer Leistungserbringung aufgrund potenziell ambulant erbringbarer Leistung unterschieden werden muss. Letztere dürfen nur bedingt oder teilweise in die Berechnung von Quoten von „Falschabrechnungen“ einfließen.



## 2. Fehlende Klarheit in den Kodierrichtlinien

### *a) Ausgangslage*

Die als Basis für „korrekte“ Kodierung heranzuziehenden Kodierrichtlinien weisen an vielen Stellen Unschärfen auf. Einvernehmliche Klarstellungen seitens der Selbstverwaltung sind an dieser Stelle bisher nicht erfolgt, weil DKG und GKV Spitzenverband sich bei der Weiterentwicklung der Kodierrichtlinien oder der Klassifikation gegenseitig blockieren. Dadurch bleibt der Graubereich für Abrechnungen und Rechnungsprüfungen systematisch erhalten. Die in der Folge resultierenden leistungsrechtlichen Streitigkeiten führen in den sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen wiederholt zu diskrepanten Auslegungen der Abrechnungsregeln.

### *b) Reformansatz*

Der Reformentwurf eröffnet hier durch die Einführung der Anrufungsbefugnis der DGfM und des MD für das Schlichtungsverfahren eine Möglichkeit, strittige Fragen durch den Schlichtungsausschuss klären zu können. Mit der Einführung einer Verbindlichkeit des zeitnah einzuholenden Schlichtungsspruches wird Rechtssicherheit ohne langwierige Gerichtsprozesse geschaffen.

### *c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge*

Aus Sicht der DGfM wäre es zu begrüßen, wenn der Medizinische Dienst und die DGfM bei der Klärung von Kodierstreitigkeiten mit Blick auf die Praxiswirkung von Entscheidungen nicht nur Antragsrechte, sondern auch Anhörungs- oder Stimmrecht - analog zur Stellung des InEK und DIMDI – erhalten. So kann sichergestellt werden, dass zusätzlicher medizinischer Sachverstand und die besonderen Kenntnisse in Fragen der Abrechnung im Krankenhaus eingebracht werden können. Mit der Einbringung der zu klärenden Streitpunkte aus der Einzelfallprüfung in die Diskussion von FokA der DGfM und SEG 4 des MD könnte in der Frage, ob es sich um eine relevante Auffälligkeit für die Bemessung als fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses handelt, eine aufschiebende Wirkung verbunden sein. Solange der Schlichtungsspruch aussteht, wäre die Kodierstreitigkeit nicht als Auffälligkeit zu bewerten. Mit der Verbindlichkeit des Schlichtungsspruches entsteht eine entsprechende Zuordnung für die Zukunft.

### 3. Strukturmerkmale in den Prozedurenschlüsseln

#### *a) Ausgangslage*

Je schwieriger die medizinische Behandlung eines Patienten ist, desto komplexer wird die klassifikatorische Abbildung aller Details in Form von Diagnosen und Prozeduren. Schon in der primären Kodierung und Abrechnung ist es extrem aufwendig und schwierig, all dies im letzten Detail zu eruieren und in Codes zu übersetzen. Bei der nachträglichen Rechnungsprüfung geschieht diese auf Basis der Dokumentation in der Patientenakte und mit der komplett außenstehenden Sicht eines Gutachters, der den Patienten in seiner medizinischen und menschlichen Komplexität nicht persönlich gesehen hat. Allein diese schwierige Konstellation macht deutlich, dass hier viel Potential für Streit und wenig Potential für eindeutige Klarheit bei der Bewertung der richtigen Abrechnung vorhanden ist.

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 Einzelfallprüfung zu hinterfragen.

#### *b) Reformansatz*

Um das Prüfverfahren für alle Parteien zu vereinfachen, ist die Restrukturierung des OPS-Komplexcodes eine grundlegende Voraussetzung zur Verbesserung des Abrechnungsverfahrens. Durch den Ansatz des Referentenentwurfes, die OPS-Codes um Strukturmerkmale zu bereinigen und diese in eine separate und prospektive Strukturprüfung zu überführen, ist eine der Hauptforderungen der DGfM aus dem Positionspapier aufgenommen worden.

Streitigkeiten zur Beurteilung der Komplexität medizinischer Sachverhalte, welche sich im Rahmen der Einzelprüfungen des MD ergeben, können, sofern sie grundlegende Kodierauslegungen darstellen, dem Verfahrensweg über den Schlichtungsausschuss zugeführt werden, so dass letztlich nur Sachverhalte Gegenstand gerichtlicher Verfahren sind, welche die konkret-individuelle Beurteilung des geprüften Falles umfassen. Dementsprechend würden aus Sicht der DGfM auch Auslegungen von Strukturmerkmalen oder Redundanzprüfungen bei Klassifikationsmerkmalen in die Zuständigkeit des Schlichtungsausschusses fallen.

*c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge:*

siehe A.2c).

## 4. Unbestimmte Rechtsbegriffe

### *a) Ausgangslage*

Um Sachverhalte durch eine Pauschalierung zu regeln, werden Regeln zunächst so formuliert, dass sie möglichst umfassend den Fall beschreiben, d.h. die in den ICD, OPS und Kodierrichtlinien verwendeten Begriffe weisen unterschiedliche Grade an inhaltlicher Bestimmtheit auf. Manche Begriffe sind dabei so unbestimmt, dass ihr Inhalt auch in der Kodier- und Rechtsprache nicht abschließend geklärt ist und auch nicht abschließend bestimmbar ist. Die Anwendung des unbestimmten Rechtsbegriffs in der Anwendung auf einen individuellen Sachverhalt verlangt folglich eine Wertung im Einzelfall. Dabei sind sehr unterschiedliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen und je nach Kenntnisstand, Ausbildungsgrad oder Praxisbezug des behandelnden Arztes im Krankenhaus, des kodierenden Medizincontrollers, des prüfenden MDK-Gutachters oder des sachbearbeitenden Krankenkassenmitarbeiters kann bei der Übersetzung in die Diagnosen- und Prozedurencodes eine unterschiedliche Auslegung des gleichen Begriffes erfolgen. Beispielhaft sei die akutstationäre Notwendigkeit, der Schmerz oder die Einstufung einer Depression als leicht, mittel oder schwer benannt. Differenzen zwischen den Leistungserbringern und den beurteilenden Gutachtern sind vorprogrammiert.

### *b) Reformansatz*

Der Referentenentwurf bietet die Möglichkeit, diese Thematik über den Weg der Diskussion zwischen MD und FokA der DGfM und in der Eskalationsstufe durch ein Antragsrecht beider Gremien im Schlichtungsausschuss Bund zu lösen.

*c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge:*

siehe A.2 c)

## 5. Primäre Fehlbelegung

### *a) Ausgangslage*

Die Prüfungen auf die theoretische Möglichkeit ambulanter Durchführung einer Behandlung sowie die Kürzungen von Verweildauern zur Realisierung von Abschlägen durch Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer stellen die häufigsten Prüfanlässe dar.

Rückforderungen aus Kürzungen wegen vermeintlicher Fehlbelegung ignorierten bislang die Zwänge der Versorgungsrealität fehlender Angebote für ambulante Versorgung. Zwar stand die Möglichkeit offen, derartige Behandlungen über den Katalog für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V abzurechnen. Allerdings galt dieser Weg bislang nur bei den dort aufgeführten und teilweise veralteten Operationen. Streitbefangene Leistungen wie bspw. die Implantation von Eventrekordern oder Tonsillotomien wurden bisher nicht in den Katalog aufgenommen. Gleichzeitig enthält der Katalog Operationen, die faktisch nicht als vertragsärztliche Leistungen angeboten werden und die regelhaft eine zumindest 24 – 48-stündige stationäre Behandlung erfordern. Bestimmte Operationen aus dem Katalog werden durch Vertragsärzte in Praxiskliniken mit anschließender stationärer Überwachung erbracht, so dass defacto keine tatsächliche ambulante Leistung vorliegt. Stationsersetzende Leistungen aus dem Bereich konservativer Behandlungen oder „tagesklinische“ Krankenhausleistungen (umfangreiche Diagnostik unter Nutzung der Krankenhausinfrastruktur zum Ausschluss von schwerwiegenden Erkrankungen etwa in der klinischen Notaufnahme) waren nicht umfasst.

### *b) Reformansatz*

Mit der Öffnung des ambulanten Operationskataloges auch für stationsersetzende Leistungen/Behandlungen des Krankenhauses und Anpassung der Vergütung unter Berücksichtigung des Schweregrades sowie der regelmäßigen Bearbeitung des Kataloges wird ein elementarer Streitpunkt in den Einzelfallprüfungen aktiv reformiert.

### *c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge:*

Ein Antragsrecht der DGfM und des MD zur Aufnahme von stationsersetzenden Leistungen oder ambulanten Operationen im Katalog wäre zur Fokussierung auf alltagsrelevante Themen sinnvoll. Dadurch können Trends bei Leistungserbringung und Abrechnungsprüfungen frühzeitig berücksichtigt werden.

Um eine starke Basis des Gutachtens zur Weiterentwicklung des A(OP)-Kataloge zu realisieren, sollte den Gutachtern durch die KBV und das InEK differenziertes Datenmaterial zu Leistungen und Operationen im vertragsärztlichen Bereich und zu den Effekten der bisherigen MDK Prüfungen zu Verfügung gestellt werden. Ggf. könnten eine ergänzende, verpflichtende Datenlieferung aller deutscher Krankenhäuser ihrer um Prüfergebnisse bereinigten §21-Datensätze der Jahre 2016-2018 in Betracht gezogen werden, um mit der Differenzbetrachtung zu den ursprünglich dem InEK zu Verfügung gestellten Datensätzen Ergebnisse von MDK Prüfungen als Basis des Gutachtens analysieren zu können.

Weiterhin wäre empfehlenswert, die Aufnahme von derartigen Leistungen in den Katalog im Streitfall der Klärung durch den Schlichtungsausschuss analog zum Verfahren FoKA/SEG 4 zugänglich zu machen.

Als Gegenstand der gutachterlichen Prüfung der Aufnahme von stationersetzenden Leistungen und ambulant durchführbaren Operationen wird angeregt, sämtliche Fallpauschalen zu prüfen, bei denen auf Basis der Daten des InEK ein hoher Anteil von Streichungen entweder hin zu ambulanter Leistungserbringung oder im Sinne der Streichung von Verweildauertagen bei der UGVD stattfinden. Ebenso sind jährlich die Daten aus den Analysen der durchgeführten MD Prüfungen daraufhin zu bewerten, ob weitere Leistungsbereiche wegen häufiger Streichungen auf Grund primärer und sekundärer Fehlbelegung UGVD in den Katalog aufgenommen werden müssen.

Der Gutachtenauftrag sollte neben den Schwergraddifferenzierungen auch eine Unterscheidung in einen Preis für die medizinische Kernleistung, einen Preis für die Pflegeleistung sowie eine Servicepauschale für Übernachtungs-/Hotelleistungen beinhalten.

In den Jahren 2020 und 2021 ist eine Neuausrichtung der Prüfstrategien der Krankenkassen hin zur Fokussierung auf ambulante Leistungserbringung zu erwarten. Die hierdurch für die Krankenhäuser zu befürchtenden massiven Erlösverluste in der stationären Leistungserbringung können wegen des noch nicht vorliegenden neuen A(OP) Entgeltkataloges noch nicht abgemildert werden. Hier sollte eine Übergangslösung geschaffen werden, die Krankenhäusern bei Vorliegen einer Einweisung zur stationären Behandlung zumindest den Erlös einer vorstationären Behandlung garantiert.

## 6. Soziale Indikationen

### *a) Ausgangslage*

Oft führen aus medizinischer Sicht ungefährliche Ereignisse gerade in den Nachtstunden zu Situationen, in denen verunsicherte und verängstigte Patienten oft auch in Begleitung ihrer Angehörigen die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen. Von der Klinik erwartet man die subjektiv als notwendig erachtete Daseinsfürsorge, die nicht mitten in der Nacht innerhalb von kurzer Zeit abgeschlossen werden kann. Dennoch ist die Klinik nach Abrechnungsrichtlinien verpflichtet, auch solche Patienten zur Unzeit (Sprachregelung der KV) wieder nach Hause zu schicken und an die ambulante Versorgung am Folgetag zu verweisen, wenn keine zwingende medizinische Indikation für die stationäre Aufnahme nachweisbar ist. Sehr oft ist dies den Menschen aus ethischen, sozialen und Versorgungsgründen jedoch nicht zumutbar und die Ärzte entscheiden sich – wohl wissend, dass eine Abrechnung zum Schluss vor der Kasse nicht haltbar sein wird - dafür, diese Patienten stationär aufzunehmen. Auch für diese Fälle gibt es zwar möglicherweise formal eine korrekte Abrechnung (nämlich gar keine Abrechnung eines stationären Falles), sozial jedoch die durchaus berechtigte Erwartung der Bevölkerung, dass Krankenhäuser gerade in solchen Situationen Hilfe leisten sollen und auch eine adäquate Vergütung erhalten sollen.

### *b) Reformansatz*

Die Thematik wird dahingehend berücksichtigt, dass die Kriterien zur Aufnahme in den Katalog stationärsersetzender und operativer Leistungen definiert werden.

### *c) Bewertung / Verbesserungsvorschläge:*

Implizit besteht die Möglichkeit, über die Diskussion der Kriterien für den Katalog stationärsersetzender Leistungen und ambulanter Operationen Vergütungsalternativen insbesondere für diese Herausforderungen in den Flächenländern zu schaffen, um regionale Versorgungsbedürfnisse oder soziale Aspekte zu berücksichtigen.

## B. STRUKTURPRÜFUNG

### 1. Ausgangslage

Im Rahmen des Positionspapiers hatte die DGfM vorgeschlagen, dass das DIMDI die OPS-Codes dahingehend überarbeitet, dass es für jeden einzelnen OPS-Code festlegt, was ein Strukturmerkmal ist. Nur diese – vom DIMDI festgelegten und katalogisierten – Strukturmerkmale sollten im Rahmen von Strukturprüfungen überprüft werden. Im Rahmen der Standardisierung werden dann die Strukturmerkmale in Dokumentationsbögen und Checklisten übersetzt, die für alle am Prüfverfahren beteiligte Parteien verbindlich sind. Alle anderen Hinweise und Mindestmerkmale, die nicht explizit als Strukturmerkmale gekennzeichnet sind, sind im Umkehrschluss keine Prüfgegenstände der Strukturprüfungen, sondern bei Auffälligkeiten Gegenstand von Einzelfallprüfungen. Auch hier empfehlen sich Dokumentationsstandards im Anhang zum OPS, welche gemeinsam von den Interessengruppen definiert werden.

### 2. Referentenentwurf

Die Vorschläge der DGfM finden weitgehend Eingang in den Referentenentwurf.

### 3. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:

Aus Sicht der DGfM ist das Prüfergebnis, aber auch der Ablehnungsgrund, den Krankenhäusern mitzuteilen. Wünschenswert wäre zudem eine zentrale Erfassung der Prüfergebnisse und des Ablehnungsgrundes in einer Datenbank, um frühzeitig Trends oder Konfliktpotentiale zu erkennen. Durch die Zentralisierung der Prüfergebnisse können zugleich Erkenntnisse zu kritischen Veränderungen der Versorgungsstruktur gewonnen werden.

Sollten sich Streitigkeiten um die Definition unbestimmter Rechtsbegriffe oder die Erweiterung der Prüfung um Kriterien, welche nicht im Katalog der Strukturmerkmale enthalten sind, ergeben, empfiehlt sich auch hier der Weg über die Diskussion im FoKA der DGfM und der SEG 4 des MD mit der Beschreitung des Weges über die Schlichtung.

Aus Sicht der DGfM sind – etwa im Rahmen einer Prüfverfahrensordnung – weitere Fragen 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.? Denkbar wäre es, hier in Anlehnung an die Verfahrensregeln bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung entsprechende Klarstellungen zu treffen, um künftige Auseinandersetzungen zu vermeiden.

## C. FESTLEGUNG PRÜFQUOTE

### 1. Ausgangslage

Die DGfM forderte im Positionspapier eine Reduktion der durch die individuellen Kostenträger ausgelösten Einzelfallprüfungen auf maximal 2% der einer Krankenkasse in Rechnung gestellten Fälle, die Definition eines Mindestbetrages potenzieller Rückforderung als Grundlage für die Rechtmäßigkeit eines Einzelprüfauftrages. Zugleich forderte sie im Sinne der Förderung der korrekten Abrechnung eine Erhöhung der zulässigen Prüfquoten bei Verdacht auf Falschabrechnungen aus den Ergebnissen der Datenanalysen sowie eine systematische Datenerfassung über alle Prüfaufträge der Einzelfallprüfungen mit öffentlicher Publikation der Ergebnisse.

### 2. Referentenentwurf

Die Vorgehensweise zur Förderung der korrekten Abrechnung im Referentenentwurf ist aus Sicht der DGfM zu begrüßen.

Im Referentenentwurf werden fixe Korridore der korrekten Kodierung benannt, deren Verletzung Auswirkungen auf die Prüfquote und die Höhe von Sanktionen auf den zu viel abgerechneten Betrag hat. Diese fixen Korridore sind unmittelbar manipulationsanfällig und somit streitbehaftet.

Die Berechnung der Prüfquote je Krankenkasse und Quartal führt zu einer Benachteiligung von Krankenkassen, bei denen weniger als 10 Versicherte pro Quartal und Krankenhaus behandelt werden.

### 3. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:

Problematisch erscheint die Wahl der Zeitschiene für die Festlegung der Quoten:



Die Definition der ambulanten stationersetzenden Leistungen und Operationen und das Gutachten wird voraussichtlich 2 Jahre nach der Quotenfestlegung zum Tragen kommen. Dem entsprechend lässt sich in der Gesamtschau der Erfahrungen der DGfM zu Prüfungsschwerpunkten voraussagen, dass seitens der Krankenkassen bereits jetzt voraussagen, dass ein besonderer Schwerpunkt in den Verweildauerprüfungen im Bereich der unteren und oberen Grenzverweildauer sowie der primären Fehlbelegung liegen wird, um eine besonders hohe Auffälligkeitsquote zu gerieren. Diese wiederum ist unter Berücksichtigung der im Abschnitt A genannten Problematik nicht aussagekräftig, um von einer fehlerhaften Abrechnung zu sprechen. Es steht zu erwarten, dass angesichts der gewählten Rechtsfolge ein hohes Konfliktpotential generiert wird.

Anstelle der fixen Korridore sollten die Krankenhäuser entsprechend ihrer Quote der zu korrigierenden Rechnungen in Quartile eingeordnet werden. Die aus den Quartilen abgeleitete Prüfquote ab 2021 sollte < 5 %, 5 % bis unter 10 %; 10 % bis unter 15 %; mehr als 15 % der Fälle betragen.

	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4
25 % der Krankenhäuser mit den ...	.. höchsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnungen	.. zweithöchsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnungen	.. zweitniedrigsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnungen	.. niedrigsten Anteilen nach Prüfung reduzierter Abrechnungen
Folgeprüfquote	>= 15%	< 15%	< 10%	< 5%
Strafzahlung auf Differenzbetrag	50%	50%	25%	0%

## D. TRANSPARENZ IM PRÜFGESCHEHEN

### 1. Ausgangslage

Die DGfM konstatierte im Positionspapier die Forderung nach einer Erhöhung der Transparenz im Prüfgeschehen. Die Krankenkassen übermitteln ihre Prüfanfragen mittels elektronischen Datensatz an die Krankenhäuser (KAIN) und das Krankenhaus das Prüfergebnis retour

(INKA). Die DGfM schlug vor, dass ein unabhängiges Institut vergleichbar zum InEK diese Daten aller Kassen und Krankenhäuser analysieren sollte. So wäre nicht nur eine Transparenz geschaffen, sondern es würden Aussagen zum Prüfverhalten der Krankenkassen ebenso möglich, wie Aussagen zu potentiellen Risiken für die Versorgungslandschaft. Sollte sich in bestimmten Bereichen beispielsweise der Trend zu überbordenden Prüfungen, aber auch gehäuften Korrekturen zeigen, wäre so eine schnellere Reaktionsmöglichkeit der Politik bei Fehlentwicklungen denkbar. Der Versorgungsforschung, aber auch der Kalkulation der Fallpauschalen stünde somit Datenmaterial zur Verfügung.

## 2. Referentenentwurf

Grundsätzlich finden sich im Referentenentwurf Ansätze zur Erhöhung der Transparenz im Prüfgeschehen.

## 3. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:

Die Übertragung der Aufgabe an den GKV-Spitzenverband zur Schaffung einer Datenbank zum Prüfgeschehen lässt aus der Gewichtung der Interessenlagen erwarten, dass die Diskussion über die Richtigkeit der Zuordnung der Aufgabe an den GKV-Spitzenverband entstehen wird. Allerdings kann einer Einseitigkeit in der Interessenbewertung vorgebeugt werden, indem der Datensatz der Begleitforschung zugänglich gemacht wird. Das Kennzahlenset (in Analogie zum §21-Datensatz der Krankenhäuser auf Einzelfallebene) und die zu beantwortenden Fragen sollen durch das BMG differenziert vorgegeben werden, um eine interessengesteuerte Einflussnahme der Kostenträgersicht zu vermeiden. Durch die Definition des Kennzahlensets und von Bezugszeiträumen ist es ebenfalls möglich, nicht nur eine (öffentliche) Kontrollfunktion auszuüben, sondern ressourcenschonend den Aufbau einer adäquaten Datenbank zu ermöglichen.

## E. SCHLICHTUNGS-AUSSCHUSS

### 1. Ausgangslage

Im Positionspapier der DGfM wurde die Stärkung des Schlichtungsausschusses zur Klärung von Kodier- und Abrechnungsstreitigkeiten ausdrücklich gefordert:

Im Grundsatz der Abrechnungsprüfung ist stets fälschlicherweise davon ausgegangen worden, dass immer (die) eine richtige Kodierung pro Fall festlegbar wäre. Nicht vorgesehen war dabei, verschiedene Alternativen der Kodierung als gleichberechtigt zu akzeptieren, obwohl durchaus die Notwendigkeit erkannt wurde „Intra- und Interrater-Variabilität“ zu untersuchen.

Voraussetzung dafür ist die Konkretisierung der Kodiervorschriften, eine Senkung der Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe bzw. Klarstellung bei Ermessensspielräumen und eine Anerkennung von gleichwertigen Kodierungen im Streitfall.

Trotz umfangreicher Bemühungen der beteiligten Partner hinsichtlich unmissverständlicher Definitionen und Formulierungen werden ausgewählte Kodierrichtlinien und auch Interpretationshinweise in den Klassifikationssystemen durch Mitarbeiter der Prüfinstitutionen der Kostenträger und Leistungserbringer unterschiedlich interpretiert. Der FoKA der DGfM leistet bereits mit den Kommentierungen zu den Kodierempfehlungen der sozialmedizinischen Expertengruppe SEG4 des MDK einerseits und der Bearbeitung von Anfragen andererseits einen wertvollen Beitrag zur einheitlichen Kodierung. Gründe für das Erfordernis einer Aktualisierung liegen regelmäßig in der Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme, in neuen Kodierrichtlinien oder inhaltlichen Klarstellungen, aber auch in der Sozialrechtsprechung. Im Falle eines Dissens in der Expertengruppe aus FoKA und SEG4 des MDK bietet sich eine Schlichtung an, um zeitnah eine Entscheidung herbeizuführen.

Unter Berücksichtigung der Auswirkungen der abstrakten und zunehmend umstrittenen BSG-Rechtsprechung, etwa zu den Transportzeiten im Rahmen der Schlaganfallbehandlung oder zu den Dokumentationsanforderungen bei Frührehabilitationen, welche in der konsequenten Umsetzung zu einer Gefährdung der qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten führt, könnte seitens der Schlichtungsstelle ebenfalls unter einer Risikobewertung oder Folgenabschätzung für die Versorgungslandschaft von juristischen Grundsatzentscheidungen zeitnah eine Anwendungsbewertung erfolgen.

## 2. Referentenentwurf

Der Referentenentwurf stärkt die Rolle des Schlichtungsausschusses erheblich und schafft zugleich ein Instrument zur verbindlichen und zeitnahen Klärung der Konflikte zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Zugleich bietet sich die Möglichkeit, fachspezifische Themen durch die Erweiterung des Antragsrechtes auf den MD und die DGfM einzubringen.

## 3. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:

Um die Effizienz des Schlichtungsausschusses zu erhöhen, empfehlen sich Konkretisierungen für folgende Fragestellungen in einer ergänzenden Verfahrensverordnung: Besteht eine aufschiebende Wirkung, wenn ein Dissens zwischen Krankenhaus und Krankenkasse besteht und dieser über den MD oder den FoKA zur Klärung vorgelegt wird? Welche Verbindlichkeit entfalten die Konsentierungen von FoKA und SEG 4 des MD (im Sinne des Schlichtungsverfahrens) für die Quotenberechnungen der Auffälligkeiten?

Bei der Besetzung wird zur Erhöhung des Praxisbezuges der Entscheidungen eine aktive Einbindung des MD und der DGfM angeregt.

Thematisch eignen sich nicht nur Kodierfragestellungen, sondern auch Vorschlagsrechte für eine Aufnahme stationersetzender Leistungen in den Katalog zur Vermeidung primärer Fehlbelegungen, die Klärung unbestimmter Rechtsbegriffe im Rahmen von Strukturprüfungen oder von fraglichen Kriterien zur Definition von medizinischen Leistungen.

Aus Praxissicht wird angeregt, die Beschlüsse des Schlichtungsausschusses am folgenden Quartalsanfang nach der Beschlussfindung verbindlich werden zu lassen, um logistischen Einwänden vorzubeugen.

Unabhängig vom Positionspapier der DGfM finden sich weitere Themen im Entwurf, welche einer Kommentierung bedürfen

## F. RECHNUNGSKORREKTUR

### 1. Referentenentwurf

Die Rechnungsstellung eines Krankenhauses hat grundsätzlich abschließend zu sein. Eine spätere Rechnungskorrektur ist nicht mehr möglich, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene nichts Abweichendes vereinbaren. Wiederholte Rechnungsänderungen und eine damit einhergehende unnötige Ressourcenbindung bei der Abrechnungsprüfung können so vermieden werden

### 2. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:

Es müssen Regelungen für Situationen definiert werden, in denen Krankenhäuser bei erheblichen Veränderungen der Abrechnung durch Fehler im primären Abrechnungslauf, aber auch durch nicht vermeidbare organisatorische Situationen (z. B. die Stornierung einer Erstabrechnung bei nachträglicher Fallzusammenführung oder nachträglich zu berücksichtigenden Verlegungsabschlüsse) eine nachträgliche Korrekturmöglichkeit haben. Ansätze hierfür könnten Mindestbeträge der Korrektur sowie die Pflicht zur Beauftragung des MD ohne Anrechnung auf die Prüfquote und mit einer durch das Krankenhaus zu übernehmenden Aufwandspauschale sein. Besonderheiten im Abrechnungssystem der Psychiatrie und Psychosomatik sind hier zu bedenken.

## G. KEINE MD-PRÜFUNG VON KATALOGLEISTUNGEN

### 1. Referentenentwurf

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Katalogs ambulant statt stationär durchführen, nicht der Prüfung durch den MD unterliegen.

### 2. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:

Um zu vermeiden, dass das Ziel der Verlagerung der Leistungen in den Ambulanzbereich nicht durch Zurückbehaltung von Vergütungen seitens Krankenkassen konterkariert wird, sollte eine

Klarstellung erfolgen, dass den Krankenkassen im Fall der Anwendung des Kataloges stationersetzender Leistungen nicht gestattet ist, unter dem Vorbehalt des Anzweifeln der generellen Notwendigkeit der medizinischen Leistung ein Zurückbehaltungsrecht auszuüben.

## H. VERSORGUNGSFORSCHUNG

### 1. Referentenentwurf

Laut Referentenentwurf legt der GKV-Spitzenverband die näheren Einzelheiten zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie zu den Konsequenzen bei nicht fristgerechter oder fehlender Lieferung fest. Bei der Festlegung der näheren Einzelheiten sind auch die konkreten Aggregationsstufen für die Veröffentlichung der Daten vom GKV-Spitzenverband festzulegen. Jenseits der ausdrücklichen gesetzlichen Vorgaben hat er für die Veröffentlichung unter Berücksichtigung einer sinnvollen und leistbaren Differenzierung dem bestehenden nachhaltigen Bedarf für mehr Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfungsgeschehen Rechnung zu tragen und relevante krankenhausbefugene Unterschiede in der Qualität der Abrechnung wie auch Unterschiede im Prüfungsverhalten offen zu legen.

### 2. Bewertung / Verbesserungsvorschläge:

Es wird angeregt, den GKV-Datensatz ausdrücklich insoweit zu öffnen, dass er der Versorgungsforschung zugänglich gemacht wird. Der Datensatz entfaltet nicht nur dahingehend Bedeutung, dass er Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfungsgeschehen erlaubt und relevante krankenhausbefugene Unterschiede in der Qualität der Abrechnung wie auch Unterschiede im Prüfungsverhalten offenlegt, sondern auch Rückschlüsse auf Versorgungslücken zulässt und somit nicht zuletzt zur Weiterentwicklung des Medizincontrollings als akademischer Disziplin beiträgt.

Dr. Nikolai von Schroeders

Vorsitzender

Prof. Dr. Erika Raab

Stellvertretende. Vorsitzende