

Begutachtung stationärer Versorgungsleistungen in der Einzelfallbegutachtung

Zusatzweiterbildung Sozialmedizin der Saluscon-Akademie
Module VII und VIII



13.09.2023

Dr. med. Christina Markwardt, Referentin Krankenhaus

Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten

- **Forschungsförderung:**
keine
- **Finanzielle Beteiligungen an Unternehmen der Gesundheitswirtschaft:**
keine
- **Vortragshonorare/Reisekostenerstattung:**
MD Bund, SalusCon GmbH, DRV Bund
- **Mitgliedschaften:**
keine

Inhaltsübersicht

- Gesetzliche Grundlagen
- Fallpauschalen
- Praktischer Ablauf der Begutachtung

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Neuntes Kapitel: „Medizinischer Dienst“

Erster Abschnitt: „Aufgaben“ → §§ 275, 276, 277

§ 275 Begutachtung und Beratung

- die Krankenkassen sind verpflichtet, bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen
- *„Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.“*

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Neuntes Kapitel: „Medizinischer Dienst“

Erster Abschnitt: „Aufgaben“ → §§ 275, 276, 277

§ 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

- die Prüfung muss dem Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst angezeigt werden
- die Krankenkasse muss an das Krankenhaus eine Aufwandspauschale (300 €) zahlen, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Neuntes Kapitel: „Medizinischer Dienst“

Erster Abschnitt: „Aufgaben“ → §§ 275, 276, 277

§ 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

- *neu*: seit 2020 maximal zulässige Prüfquoten je Krankenkasse, Krankenhaus und Quartal (für Schlussrechnungen bei vollstationärer Behandlung)
- *neu*: seit 2022 maximal zulässige Prüfquoten, abhängig vom Anteil unbeanstandeter Abrechnungen
- *neu*: seit 2022 zusätzlich Strafzahlungen von Krankenhäusern an Krankenkassen, abhängig vom Anteil unbeanstandeter Abrechnungen

Gesetzliche Grundlagen

Anteil unbeanstandeter Abrechnungen	Prüfquote seit 2022	Strafzahlung („Aufschlag“) seit 2022 für beanstandete Abrechnung
$\geq 60\%$	bis zu 5%	-
40% bis < 60%	bis zu 10%	+
20% bis < 40%	bis zu 15%	+
< 20%	unbegrenzt	+

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Neuntes Kapitel: „Medizinischer Dienst“

Erster Abschnitt: „Aufgaben“ → §§ 275, 276, 277

§ 276 Zusammenarbeit

→ die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen

„Sozialdaten“ der Krankenkasse sind z.B.:

- Pflegegrad
- Arzneimittel-/Hilfsmittelverordnungen
- Arbeitsunfähigkeiten, Reha-/Vorsorgemaßnahmen
- DMP/Integrierte Versorgung
- Diagnosen/Prozeduren früherer KH-Aufenthalte

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Neuntes Kapitel: „Medizinischer Dienst“

Erster Abschnitt: „Aufgaben“ → §§ 275, 276, 277

§ 276 Zusammenarbeit

- der Medizinische Dienst darf nur Sozialdaten erheben und speichern, soweit sie für die Prüfung erforderlich sind
- die Leistungserbringer (Krankenhäuser) sind verpflichtet, auf Anforderung Sozialdaten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln
- die Sozialdaten sind nach 5 Jahren zu löschen

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Neuntes Kapitel: „Medizinischer Dienst“

Erster Abschnitt: „Aufgaben“ → §§ 275, 276, 277

§ 276 Zusammenarbeit

- die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sind befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser zu betreten, um die erforderlichen Unterlagen einzusehen (und ggf. Versicherte zu untersuchen)

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Neuntes Kapitel: „Medizinischer Dienst“

Erster Abschnitt: „Aufgaben“ → §§ 275, 276, 277

§ 277 Mitteilungspflichten

- der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe mitzuteilen
- Sonderfall Krankenhausabrechnungsprüfung (§ 275c SGB V):
der Medizinische Dienst darf auch dem Leistungserbringer (Krankenhaus) – ohne Schweigepflichtentbindung des Versicherten – die wesentlichen Gründe mitteilen (soweit nur die beim Krankenhaus erhobenen Sozialdaten verwendet wurden)

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 Krankenhausbehandlung

Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn

- die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist
(Prüfung durch das Krankenhaus, nicht durch den Einweiser)
- das Behandlungsziel nicht durch teil-, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschl. häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 301 Krankenhäuser

regelt die Verpflichtung der Krankenhäuser, den Krankenkassen elektronisch Daten zu übermitteln - dies sind z.B.

- Tag, Uhrzeit, Grund der Aufnahme
- Aufnahmediagnose, aufnehmende Fachabteilung
- Datum und Art durchgeführter Operationen/sonstiger Prozeduren
- Tag, Uhrzeit, Grund der Entlassung/Verlegung
- Hauptdiagnose, Nebendiagnosen
- ggf. Beatmungsdauer, ggf. Geburtsgewicht u.v.m.

Einzelfallbegutachtung stationärer Behandlungsfälle

- Krankenhausfälle mit Abrechnung von Fallpauschalen
(**DRG** = Diagnosis Related Groups)
nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG):
 - **somatische Behandlungsfälle**

- Krankenhausfälle mit Abrechnung von Fallpauschalen
(**PEPP** = Pauschalierende Entgelte in Psychiatrie und Psychosomatik)
nach Bundespflegesatzverordnung (BPflV):
 - **psychiatrische/psychosomatische Behandlungsfälle**

Krankenhausfälle mit Abrechnung von Fallpauschalen (DRG)

Krankenkassen beauftragen den MD mit der Prüfung von:

- Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung
- Dauer der Krankenhausbehandlung (untere/obere Grenzverweildauer)
- korrekter Kodierung von Diagnosen, Prozeduren, Beatmungsdauer
- Leistungserbringung Zusatzentgelte
- Fallzusammenführung (besondere Regeln bei Wiederaufnahme/Komplikationen)
- Sonstigem (z.B. Notwendigkeit Mitaufnahme Begleitperson bei Kindern)

Sozialmedizinisch wichtige Begriffe

Primäre Fehlbelegung:

War die Krankenhausbehandlung überhaupt erforderlich?

Sekundäre Fehlbelegung:

War die Krankenhausbehandlung in der gesamten Länge erforderlich?

Krankenhausfälle mit Abrechnung von Fallpauschalen (DRG)

Fallpauschalenvereinbarung (FPV) / Fallpauschalenkatalog

(2023: 1.292 Fallpauschalen)

Für jede Fallpauschale (DRG) festgelegt:

- untere Grenzverweildauer*: Verweildauer kürzer → Abschlag je Tag
- obere Grenzverweildauer: Verweildauer länger → Zuschlag je Tag
- mittlere Verweildauer (nur bei Verlegung): Verweildauer kürzer → Abschlag je Tag

* (untere Grenzverweildauer: nur statistische Größe, keine Mindestverweildauer nach Qualitäts Gesichtspunkten → bestätigt durch BSG)

Krankenhausfälle mit Abrechnung von Fallpauschalen (DRG)

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ist für Einführung, Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Systems verantwortlich

- Kalkulation der Fallpauschalen
- Kodierrichtlinien

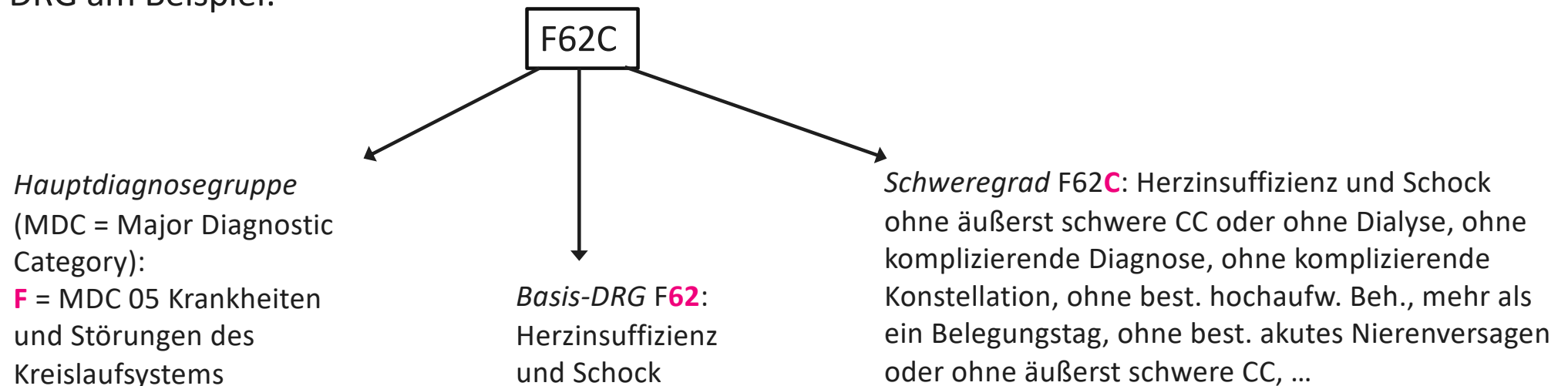
Fallpauschalen

Krankenhausfälle mit Abrechnung von Fallpauschalen (DRG)

Kalkulation der Fallpauschalen

für 2023: 225 Krankenhäuser als Kalkulationsbasis
(davon 14 Universitätskliniken)

DRG am Beispiel:



Krankenhausfälle mit Abrechnung von Fallpauschalen (DRG)

DRG F62C:

erster Tag mit Abschlag: 2 Tage („untere Grenzverweildauer“)

erster Tag zus. Entgelt: 17 Tage („obere Grenzverweildauer“)

mittlere Verweildauer: 8,0 Tage

Bewertungsrelation*:

0,675 x Basisfallwert (ca. 4.000 €): ca. 2.580 €

Bewertungsrelation Abschlag/Tag untere Grenzverweildauer:

0,218 x Basisfallwert: ca. 870 €/Tag

Bewertungsrelation Zuschlag/Tag obere Grenzverweildauer:

0,058 x Basisfallwert: ca. 230 €/Tag

* alle Werte nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten
(Pflege wird seit 2020 krankenhausindividuell außerhalb der DRG vergütet)

Krankenhausfälle mit Abrechnung von Fallpauschalen (DRG)

Kodierrichtlinien:

Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren

- Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren
- Spezielle Kodierrichtlinien (für besondere Fallkonstellationen)

Allgemeine Kodierrichtlinie D002 „Hauptdiagnose“

„Die Hauptdiagnose wird definiert als:

„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“

Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. ...“

Allgemeine Kodierrichtlinie D002 „Hauptdiagnose“

„... Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren. ...“

Beispiel: Patientin mit Oberbauchschmerzen

53-jährige Patientin in der Rettungsstelle, seit 4 Stunden Oberbauchschmerzen und Übelkeit, mehrfach erbrochen. In der Anamnese Ulcera ventriculi. Enkel leidet derzeit unter Gastroenteritis.

Laboruntersuchungen: unauffällig.
Ösophagogastroduodenoskopie: Narben, aktuell unauffällig.
Sonographie: unauffällig.

Stationäre Aufnahme, Schmerztherapie.

Laboruntersuchungen am 2. Tag: Verdacht auf akuten Hinterwandinfarkt (EKG: bestätigt).

➤ Was ist Hauptdiagnose 

Beispiel: Patient mit Gallensteinen

71-jähriger Patient kommt zur elektiven Cholezystektomie, ambulante Diagnostik und vorstationäre Untersuchung erfolgten.

1,5 Stunden nach Aufnahme akute retrosternale Schmerzen, Herz-Kreislauf-Stillstand, Reanimation, ausgedehnter Hinterwandinfarkt diagnostiziert, Akutintervention (Stents), im Verlauf Bypass-OP, mehrmonatige Intensivtherapie.

➤ Was ist Hauptdiagnose 

Allgemeine Kodierrichtlinie D003 „Nebendiagnosen“

„Die Nebendiagnose ist definiert als:

„Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- *therapeutische Maßnahmen*
- *diagnostische Maßnahmen*
- *erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand ...“*

Allgemeine Kodierrichtlinie D003 „Nebendiagnosen“

„... Abnorme Befunde

Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte). ...“

Beispiel: Patient mit Thrombozytopenie

74-jähriger Patient mit schwerer Bronchopneumonie, systemische Antibiose und Inhalationsbehandlung.

In der initialen Laboruntersuchung fällt eine Thrombozytopenie auf.

Daraufhin tägliche Kontrollen, Normalisierung bei Entlassung, keine Therapie.

➤ **Ist die Thrombozytopenie
als Nebendiagnose kodierfähig** 

Beispiel: Patient mit Thrombozytopenie

74-jähriger Patient mit schwerer Bronchopneumonie, systemische Antibiose und Inhalationsbehandlung.

In der initialen Laboruntersuchung fällt eine Thrombozytopenie auf.
Daraufhin tägliche Kontrollen.

Zusätzlich sonographische Diagnostik der Milz: unauffällig.

Normalisierung der Werte bei Entlassung, keine Therapie.

- **Ist die Thrombozytopenie
als Nebendiagnose kodierfähig**



Praktischer Ablauf der Begutachtung

- Begutachtungsauftrag trifft ein
- Krankenkasse stellt Daten des Aufenthaltes zur Verfügung
- Krankenkasse stellt weitere Sozialdaten zur Verfügung
- Prüfung wird durch MD beim KH schriftlich angezeigt
- Gutachter entscheidet über weiteres Vorgehen 
- Grundlagen der Begutachtung 
- Versand des Gutachtens zeitgleich an Krankenkasse und Krankenhaus durch MD BB

Praktischer Ablauf der Begutachtung

Gutachter entscheidet über weiteres Vorgehen:

- Anmeldung einer KH-Begehung (Einsicht in die Krankenakte)
 - Begutachtung nach Akteneinsicht und Fallgespräch mit KH-Arzt
- oder
- Anfordern präzise benannter Unterlagen beim Krankenhaus (z.B. OP-Bericht, Pflegebericht, Kurve, Labor ...)
 - Begutachtung nach Aktenlage

Praktischer Ablauf der Begutachtung

Grundlagen der Begutachtung:

- Regelwerke: ICD-10-GM, OPS, Deutsche Kodierrichtlinien in jeweils gültiger Fassung (maßgeblich: Kalenderjahr der Aufnahme in das KH)
- Zertifizierter Grouper (Software für DRG-Prüfung, in jeweils gültiger Fassung)
- Gesetzliche Grundlagen, z.B.: Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe
- Fundiertes fachärztliches und sozialmedizinisches Wissen
- Fachspezifische Leitlinien
- Bundesweit geeinte Entscheidungshilfen/Begutachtungsempfehlungen der MD-Gemeinschaft (z. B. Kodierempfehlungen der SEG 4)*

* SEG 4 = Sozialmedizinische Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“, bundesweite Arbeitsgruppe, Kodierempfehlungen veröffentlicht auf www.md-bund.de



Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

WIR LEBEN VERANTWORTUNG