
AG Medizinrecht

Arbeitsgruppe Medizinstrafrecht und Krankenhausrecht

15.4.2016

Hamburg

1

Grundlagen der DRGs

- DRG = Diagnosis Related Groups
 - „Diagnoseorientierte Fallpauschale“
 - Patientenklassifikationssystem zur Gruppierung von stationären Behandlungsfällen in Fallgruppen mit vergleichbarem Behandlungsaufwand (kostenhomogene Gruppen)
 - Abrechnungssystem für vollstationäre Krankenhausleistungen (§17b KHG)
-

2

Grundlagen der DRGs

Grundprinzip:

- Fälle in der gleichen Fallpauschale/DRG werden im Mittel sach- und leistungsgerecht vergütet
 - Keine „Einzelfallgerechtigkeit“
 - Je differenzierter, desto mehr Fallgruppen (aktuell ca. 1.200 DRGs)
 - Abrechenbare DRGs (Preise) basieren auf der Kalkulation echter Fälle (ca. 15%)
-

3

Grundlagen der DRGs

Die Einstufung in eine abrechenbare DRG erfolgt unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren:

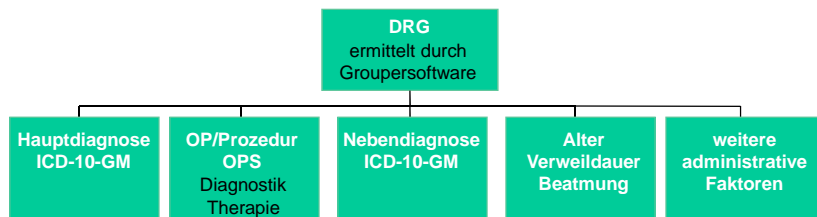
- **Hauptdiagnose** (ICD-10-GM 2016)
 - Komplexität/Komorbidity abgebildet über **Nebendiagnosen** (ICD-10-GM 2016)
 - **Operationen** sowie nicht-operative therapeutische und diagnostische **Prozeduren** (OPS 2016)
 - Korrekte Kodierung ist Grundlage einer sachgerechten DRG-Zuordnung
 - Alter, Verweildauer, Beatmung und andere administrative Angaben
-

4

Grundlagen der DRGs

DRG-Ermittlung

Es geht um die vollstationäre Krankenhaus-Vergütung eines Falles - kein Fachabteilungsbezug



Alle verschlüsselten Daten dienen zur Ermittlung des Krankenhaus-Leistungsspektrums: berufsgruppen- und fachabteilungsübergreifend.

5

Grundlagen der DRGs

Aufbau einer DRG

- z.B.: **F** **41** **B** „Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC“
- F** **MDC („Hauptdiagnosekategorie“)**
Zuordnung anhand der Hauptdiagnose
- F** **41** **Basis-DRG („Medizinische Kategorie“)**
Zuordnung i.d.R. anhand der Diagnosen/Prozeduren
- F** **41** **B** **DRG („Ökonomisch differenzierte Kategorie“)**

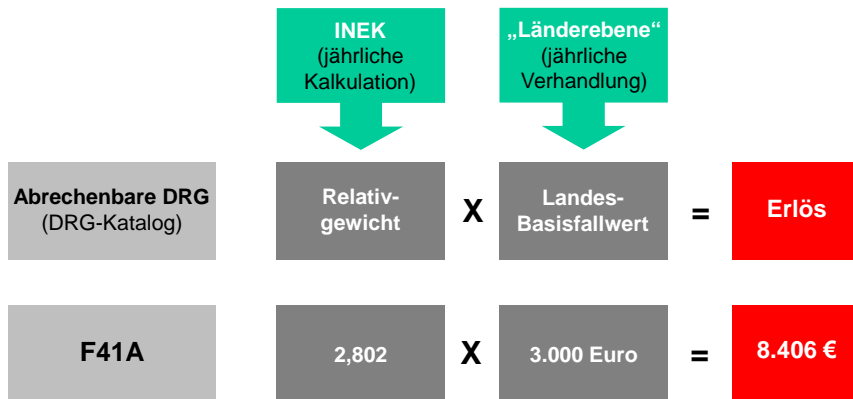
Ökonomische Differenzierung erfolgt anhand verschiedener „Split-Kriterien“ (Alter, Nebendiagnosen, bestimmte Prozeduren etc.)

Innerhalb einer Basis-DRG sind bis zu 9 Abstufungen möglich: A bis I (hohe bis niedrige Ressourcenintensität) oder Z (keine Unterteilung)

6

Grundlagen der DRGs

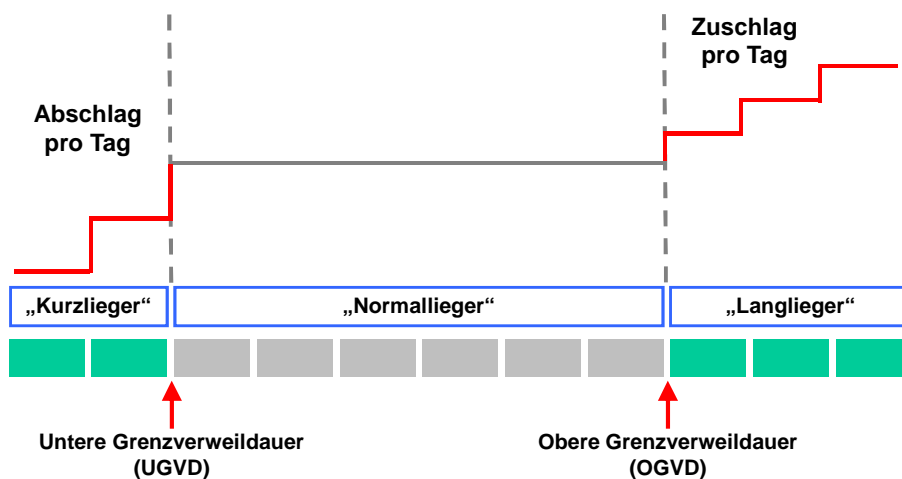
Von der DRG zur Abrechnung / zum Preis



Gleicher Preis für gleiche Leistung? Bundeseinheitlicher Basisfallwert

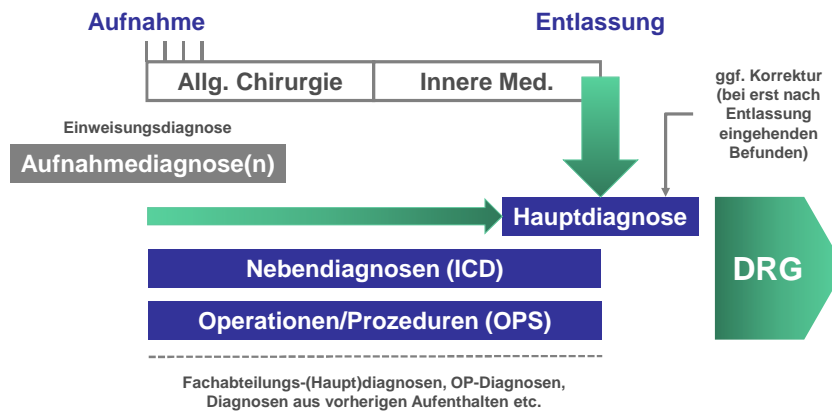
Grundlagen der DRGs

Grenzverweildauer, Zuschläge / Abschläge



Grundlagen der Kodierung

Prinzip der Kodierung / Abrechnung



Grundlagen der Kodierung

Voraussetzungen nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

- Diagnosestellung und Dokumentation der Befunde liegt in der **Verantwortung des behandelnden Arztes** („Der Arzt stellt die Diagnose“).
- Vor der Kodierung von Diagnosen/Prozeduren muss der Kodierende die entsprechenden Informationen verifizieren (können): Patientenakte, Arztbrief etc.
- Der behandelnde Arzt ist verantwortlich für die Klärung von Diskrepanzen.
- Die korrekte Kodierung und Abrechnung kann nur mit ärztlicher Unterstützung erfolgen.
- Eine vollständige, konsistente Dokumentation in der Patientenakte ist insbesondere im Zusammenhang mit Krankenkassen- und MDK-Anfragen von zentraler Bedeutung.

Grundlagen der Kodierung

DKR: 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.

„Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen“ (seit 2006)

Grundlagen der Kodierung

DKR: Hauptdiagnose - Evaluation

- **Alle Informationen aus:**
 - ⇒ Anamnesen
 - ⇒ klinischen und psychiatrischen Untersuchungen
 - ⇒ Konsilen
 - ⇒ diagnostischen Tests oder Prozeduren
 - ⇒ chirurgischen Eingriffen
 - ⇒ Pathologie, Radiologie etc.

 - Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder der Einweisungsdiagnose entsprechen; kann sich aber sehr eng an dieser orientieren.
-

Grundlagen der Kodierung

DKR: Nebendiagnose

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**

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden.

Grundlagen der Kodierung

DKR: Nebendiagnose

Nebendiagnosen:

Es gibt keine Vorgaben zur quantitativen Höhe des Ressourcenverbrauchs, den eine Nebendiagnose nach sich ziehen müsste.

Aus der Krankenakte muss für einen externen Prüfer aber nachvollziehbar sein, dass mindestens eines der in den Kodierrichtlinien genannten Kriterien bei einer bestimmten kodierten Nebendiagnose zutrifft.

= Konsistenz der Krankenakte zur DRG-Dokumentation

Grundlagen der Kodierung

Operationen und Prozeduren (OPS)

- Unterteilung in 6 Kapitel
- Kapitel 5 „Operationen“ beinhaltet ca. 85% aller Codes
- Insgesamt mehr als 22.000 kodierbare Operationen und Prozeduren
- Hoher Differenzierungsgrad – regelmäßige Anpassung an Änderungen der Therapieverfahren
- OPS-Kode hat mindestens 4 und maximal 6 Stellen
- Verschlüsselung von Gesamtleistungen (monokausale Verschlüsselung – „all inklusive“)

Grundlagen der Kodierung

Aufbau eines Prozedurenkodes nach OPS (Beispiel)

5-812.gh Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines azellulären Implantates: Knie

- **1. Stelle** (Zahl) orientiert sich am OPS-Kapitel (hier: Operationen)
- **2. bis 4. Stelle** (Zahlen und Buchstaben): Kategorisierung (hier: *Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken*)
- **5. Stelle** (Zahlen und Buchstaben) 1. Differenzierung (hier: *Subchondrale Knocheneröffnung mit Einbringen eines azellulären Implantates*)
- **6. Stelle** (Zahlen und Buchstaben) 2. Differenzierung (hier: *Knie*)

Grundlagen der Kodierung

DKR: Prozeduren (Auszug)

„Alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind, sind zu kodieren.“

Dabei gibt es keine Vorgabe bezüglich der Reihenfolge (kein Einfluss auf das DRG-Ergebnis)

„Normalerweise ist eine Prozedur vollständig mit all ihren Komponenten, wie z.B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht, usw., in einem Kode abgebildet.“

Einzelne Komponenten, die in einer Prozedur (standardmäßig) enthalten sind, werden nicht gesondert verschlüsselt.

„Ebenso sind eingriffsverwandte diagnostische Maßnahmen nicht gesondert zu kodieren, wenn diese in derselben Sitzung durchgeführt werden (...).“

Abrechnungsprüfung (KK/MDK)

Prüfungsansätze

- Abgerechnete Leistung (Korrekte Kodierung?)
- Ambulantes Potential (Primäre Fehlbelegung)
- Untere - und Obere-Grenzverweildauer (Sekundäre Fehlbelegung)
- *Medizinische Indikation spezieller Leistungen*

Abrechnungsprüfung (KK / MDK)

Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V

- Durch das Krankenhaus erbrachte Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.
 - Diese Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
 - Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen
 - ⇒ Versicherte nicht beanspruchen
 - ⇒ Leistungserbringer nicht bewirken
 - ⇒ Krankenkassen nicht bewilligen.
-

Abrechnungsprüfung (KK/MDK)

Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V

Versicherte haben dann Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel

nicht durch

- teilstationäre, vor- und nachstationäre, ambulante Behandlung oder häusliche Krankenpflege

erreicht werden kann.

Strukturprüfungen des MDK

Im Vorfeld der Prüfung der Komplexpauschalen verlangen die Krankenkassen/MDK das Ausfüllen von Checklisten zur Abfrage der OPS-Kodes für Komplexbehandlungen, z. B.

- Multimodale Schmerztherapie OPS 8-918
- Intensivmedizinische Komplexbehandlung OPS 8-980
- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls OPS 8-981

21

Strukturprüfungen des MDK

Eine allgemeine Strukturprüfung des MDK zur Erfüllung von Mindestvoraussetzungen von OPS-Kodes ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Die vom MDK eingeführten Checklisten sind z.T. einseitig formuliert und entsprechen nicht immer dem Inhalt der Kodiervorgaben

22

Strukturprüfungen des MDK

- Prüfung der Checkliste gem. § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung bei der Durchführung der Protonentherapie (Indikation Rektumkarzinom) durch den MDK. Die Checkliste ist Gegenstand der Pflegesatzverhandlung.
- Prüfung der Checkliste gem. § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen durch den MDK; die Checkliste ist Gegenstand der Pflegesatzverhandlung.

Für diese Zwecke kann der MDK eine Begehung durchführen. Soweit sich der MDK nicht auf Beschlüsse des G-BA oder auf spezielle Rechtsgrundlagen beziehen kann, ist eine Strukturprüfung unzulässig.

Strukturprüfungen des MDK

Fazit

In den Fällen, in denen der MDK einseitig Checklisten vorgibt, ist zu prüfen, ob das Krankenhaus sich darauf einlässt.

Häufig interpretieren die Krankenkassen/MDK die sog. Mindestmerkmale anders als das Krankenhaus.

Insoweit ist selbst bei gutem Willen zur Zusammenarbeit eine realistische Abwägung und Vorsicht geboten.

Auslegungsgrundsätze des BSG

Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben und lassen keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen.

(Quelle: BSG, Urteil vom 13.12.2001 - B 3 KR 1/01 R)

25

Auslegungsgrundsätze des BSG

Die Anwendung der DKR und der Abrechnungsbestimmungen einschließlich ICD 10 und OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grupper ihrerseits grundsätzlich den **allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft**. Sie sind gleichwohl ... **eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen**; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht.

(Quelle: BSG, Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 8/15 R)

26

Praxisbeispiel 1 für Auslegungstreitigkeit

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls Version ab 2012

Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:

- 6-stündlicher (maximaler Abstand 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch einen Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Häufiger Streit vor SG: reicht bei unverändertem Befund die Eintragung *status idem*?

27

Praxisbeispiel 2 OPS-Kode 8-981.0

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls OPS-Kode 8-981.0 Version bis 2011

Streitig ist folgendes Mindestmerkmal:

*24-stündige ärztliche Anwesenheit (von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit. **[Der Arzt kann ein Facharzt oder ein Facharzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein.]** gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat...)*

(Quelle: OPS 2011)

28

Praxisbeispiel 2 OPS-Kode 8-981.0

Die beklagte Krankenkasse bestreitet generell die Erfüllung des Mindestmerkmals **und verlangt die Vorlage von Dienstplänen**, um die fachliche Qualifikation der Ärzte (Neurologe) bewerten zu können.

Das Sozialgericht entscheidet zugunsten des Krankenhauses. Krankenkassen dürfen nur die Daten nach § 276 SGB V anfordern.

§ 276 Abs. 2 SGB V beschränkt dies auf sog. Sozialdaten. Dienstpläne sind betriebliche Daten von Mitarbeitern, die ihrerseits datenschutzrechtlichen Regelungen unterliegen und nicht ohne Weiteres an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Dienstpläne sind keine Sozialdaten.

(Quelle: SG Saarland, Gerichtsbescheid vom 26.01.2011 - S 23 KR 196/10)

Praxisbeispiel 3 OPS-Kode 8-980

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls Version ab 2012

Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (**Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.**) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat.

Praxisbeispiel 3
OPS-Kode 8-980

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
Version ab 2012

Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (**Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.**) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat.

31

Praxisbeispiel 3
OPS-Kode 8-980

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
Version ab 2012

BSG, Urt. v. 21.4.2015, B 1 KR 8 /15 R:

Selbstverständlich muss es sich um einen Facharzt für Neurologie handeln.

Zwar enthält erst der seit 2012 geltende OPS die Einschränkung auf einen Facharzt bzw. Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie.

*Die Mindestmerkmale wurden aber insoweit **lediglich klarstellend konkretisiert**, ohne eine inhaltliche Änderung zu erfahren. Dies ist dem bei der Auslegung des OPS ergänzend heranzuziehenden Regelungssystem innerhalb des OPS (2007) 8-981 zu entnehmen. ...*

Eine angemessene und ausreichende Behandlung und Versorgung solcher Patienten durch einen Arzt einer anderen Fachrichtung ist nicht gewährleistet.

32



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

**Dr. Heike Thomae
Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht
Quaas und Partner, Dortmund**
