

DRG interaktiv: Bewegung ist da — aber wohin geht die Reise? MDK und AOP reformiert — jetzt wird alles besser!

Dr. Ulf Dennler

Leiter Stabsstelle Strategisches Medizincontrolling

18.09.2020



Offenlegung potentieller Interessenkonflikte

- Anstellung (Leiter der Stabsstelle Strategisches Medizincontrolling des Universitätsklinikums Ulm)
- Beratungstätigkeit (DIVI; BfArM, ehemals DIMDI; DIVI)
- Aktienbesitz (Beteiligung an Fonds, keine Unternehmensaktien)
- Honorare (Vorträge zur Entwicklung des DRG-Systems mit Schwerpunkt Intensivmedizin und Beatmung)
- Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen (entfällt)
- Gutachtertätigkeit (Gutachten zu sozialrechtlichen Auseinandersetzungen)
- Andere finanzielle Beziehungen (entfällt)

Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz (MDK-RG)

Kernthemen

- **Finanzielle, administrative und nominale Entflechtung von MDK und Kostenträgern**
 - Medizinischer Dienst ~~der Krankenversicherungen~~
 - Veränderung der Gremienstruktur
 - Veränderung der Finanzierung durch Umlagen und Aufwandsvergütung
- Beseitigung chronischer Abrechnungs-Streitpunkte
 - **Neuordnung von Prüfquoten und Sanktionszahlungen**
 - **Aktualisierung des AOP-Katalogs**
 - **Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen**
 - Klärung von Kodierempfehlungen im Dissens zwischen MDK (SEG₄) und DGfM (FoKA)
- Kostenreduktion

**Das Problem zu erkennen, ist wichtiger, als die Lösung zu erkennen, denn die genaue Darstellung des Problems führt zur Lösung.
(Albert Einstein)**

- Organisation als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung MD
- Mittel zur Finanzierung werden durch eine Umlage im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen aufgebracht
- Verwaltungsrat mit 23 Mitgliedern, davon 16 Kassenvertreter (**keine hauptamtlichen Mitarbeiter der Kassen**), 5 Patientenvertreter und je einer Vertretung der Landespflegekammer und der Landesärztekammer (**letztere zwei Vertreter ohne Stimmrecht**)

Änderung

- MDK keine Arbeitsgemeinschaft der Krankenversicherungen
- Anwendung der Regeln aus §281 SGB V zur Finanzierung des MD Bund auf die MD der Länder

Fragen/Probleme

- Finanzielle Abhängigkeit bleibt bestehen
- Wettbewerbliche Verzerrung durch pauschalierte Vergütung und individuelle Inanspruchnahme bleibt formal bestehen, wird aber durch definierte Prüfquoten (im stationären Sektor) relativiert
- Geringer Einfluss der Leistungsempfänger, minimaler Einfluss der Leistungserbringer

Reform des MD-Prüfverfahren nach §275c SGB V

- Quartalsweise Betrachtung von Anzahl der Schlussrechnungen, der Anzahl der eingeleiteten MD-Verfahren, der abgeschlossenen MD-Verfahren und des Anteils unbeanstandeter Rechnung
- Begrenzung der Prüfquoten (5% - 10 % - 15 %) in Abhängigkeit von der Quote unbeanstandeter Rechnungen (40 % - 60 %)
- Anreize für primär korrekte Abrechnung durch Sanktionen (<60% unbeanstandeter Rechnungen) (je nach Quote 25% - 50 % des Differenzbetrages, **mindestens 300 €**, höchstens 10 % des unstrittigen Betrages) in Abhängigkeit von der Quote unbeanstandeter Rechnungen
- Aufrechnungsverbot → Klagen durch Kassen, aber
- **Aufrechnungsmöglichkeit bleibt bestehen, wenn dem Leistungsentscheid der Kasse nicht qualifiziert widersprochen wird**
- **Ausschluss nachträglicher Rechnungskorrekturen**
- Abrechnung bei primärer Fehlbelegung nach §115a oder §115b SGB V

Änderungen

- Massive Fristverlängerungen im Prüfverfahren
- Erhebliche Anforderungen an die Qualität der klinischen Dokumentation, Kodierung und Abrechnung

Fragen/Probleme

- Pauschale Steuerung in Richtung 10% Prüfquote + 25 % Sanktionen oder
- Risiko mit quartalsweiser Schwankung zwischen 5 % Prüfquote/0% Sanktionen und 15 % Prüfquote/50% Sanktionen → extrem diskontinuierliche Arbeitsbelastung

Abrechnungsbetrag, prozentualer Rechnungskürzung und Sanktionszahlung bei 25 % Sanktion

Sanktion		25% des Differenzbetrages, mindestens 300 €, höchstens 10 % des geminderten Betrages									
		10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Abrechnungsbetrag	500,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €
	1.000,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €
	2.000,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €
	4.000,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €
	8.000,00 €	300,00 €	400,00 €	560,00 €	480,00 €	400,00 €	320,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €	300,00 €
	16.000,00 €	400,00 €	800,00 €	1.120,00 €	960,00 €	800,00 €	640,00 €	480,00 €	320,00 €	300,00 €	300,00 €
	32.000,00 €	800,00 €	1.600,00 €	2.240,00 €	1.920,00 €	1.600,00 €	1.280,00 €	960,00 €	640,00 €	320,00 €	300,00 €
	64.000,00 €	1.600,00 €	3.200,00 €	4.480,00 €	3.840,00 €	3.200,00 €	2.560,00 €	1.920,00 €	1.280,00 €	640,00 €	300,00 €
	128.000,00 €	3.200,00 €	6.400,00 €	8.960,00 €	7.680,00 €	6.400,00 €	5.120,00 €	3.840,00 €	2.560,00 €	1.280,00 €	300,00 €
Rückzahlung		Summe von Differenzbetrag und Sanktion									
Rechnungskürzung		10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Abrechnungsbetrag	500,00 €	350,00 €	400,00 €	450,00 €	500,00 €	550,00 €	600,00 €	650,00 €	700,00 €	750,00 €	800,00 €
	1.000,00 €	400,00 €	500,00 €	600,00 €	700,00 €	800,00 €	900,00 €	1.000,00 €	1.100,00 €	1.200,00 €	1.300,00 €
	2.000,00 €	500,00 €	700,00 €	900,00 €	1.100,00 €	1.300,00 €	1.500,00 €	1.700,00 €	1.900,00 €	2.100,00 €	2.300,00 €
	4.000,00 €	700,00 €	1.100,00 €	1.500,00 €	1.900,00 €	2.300,00 €	2.700,00 €	3.100,00 €	3.500,00 €	3.900,00 €	4.300,00 €
	8.000,00 €	1.100,00 €	2.000,00 €	2.960,00 €	3.680,00 €	4.400,00 €	5.120,00 €	5.900,00 €	6.700,00 €	7.500,00 €	8.300,00 €
	16.000,00 €	2.000,00 €	4.000,00 €	5.920,00 €	7.360,00 €	8.800,00 €	10.240,00 €	11.680,00 €	13.120,00 €	14.700,00 €	16.300,00 €
	32.000,00 €	4.000,00 €	8.000,00 €	11.840,00 €	14.720,00 €	17.600,00 €	20.480,00 €	23.360,00 €	26.240,00 €	29.120,00 €	32.300,00 €
	64.000,00 €	8.000,00 €	16.000,00 €	23.680,00 €	29.440,00 €	35.200,00 €	40.960,00 €	46.720,00 €	52.480,00 €	58.240,00 €	64.300,00 €
	128.000,00 €	16.000,00 €	32.000,00 €	47.360,00 €	58.880,00 €	70.400,00 €	81.920,00 €	93.440,00 €	104.960,00 €	116.480,00 €	128.300,00 €

Aufschlag=WENN([Differenzbetrag]*0,25<300;300;
 WENN([Unstrittiger Betrag]*0,1<300;300;WENN([Differenzbetrag]*0,25>[Unstrittiger Betrag]*0,1;
 [Unstrittiger Betrag]*0,1; Differenzbetrag]*0,25)))

Differenz von 50 % und 25 % Sanktionszahlung auf die Gesamtrückzahlung

	Rückzahlung	Summe von Differenzbetrag und Sanktion									
		Rechnungskürzung	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
Abrechnungsbetrag	500,00 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	1.000,00 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	2.000,00 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	4.000,00 €	- €	20,00 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	8.000,00 €	100,00 €	240,00 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	16.000,00 €	400,00 €	480,00 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	32.000,00 €	800,00 €	960,00 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	64.000,00 €	1.600,00 €	1.920,00 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	128.000,00 €	3.200,00 €	3.840,00 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €

Maßgaben des BMG:

Auf Basis der Quote unbeanstandeter Rechnungen je Quartal werden die Prüfquote (5%-10%-15%) und die Sanktionsquote (0%-25%-50%) des übernächsten Quartals dynamisch reguliert.

Fazit:

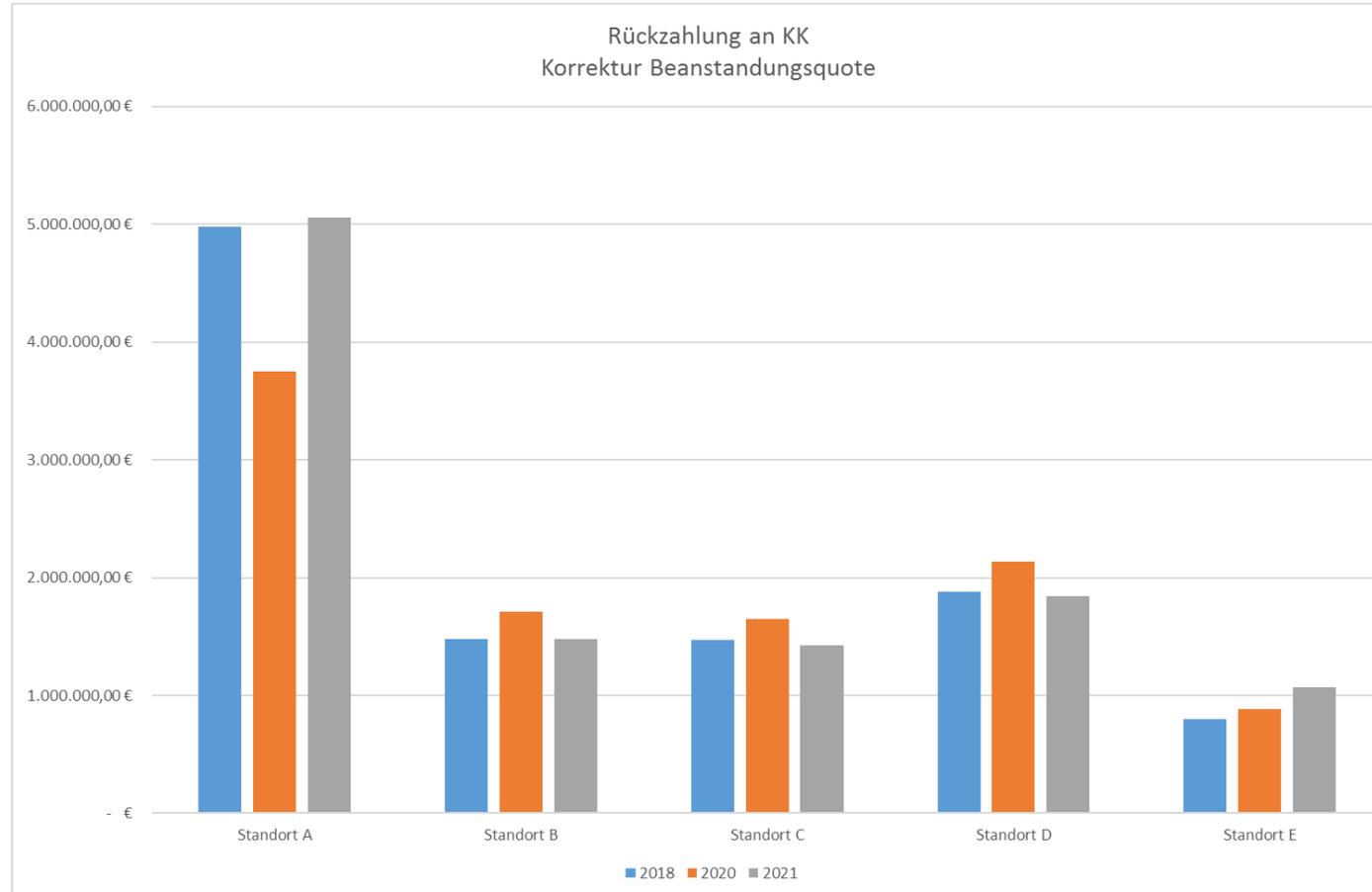
- Die höhere Sanktionsquote wirkt nur bei hochpreisigen Fallpauschalen und geringem Differenzbetrag.
- Eine finanzielle Auswirkung der Beanstandungsquote ist vor allem durch die höhere Prüfquote zu erwarten.

Erwartung – die Kassen schärfen die Prüfung inhaltlich und zielgerichteter

Standort A/E:
15 % Prüfquote;
50 % Aufschlag;

Standorte B/C/D: 10 %
Prüfquote;
25 % Aufschlag in 2021

Ohne Berücksichtigung
des zusätzlichen
Effektes durch die
Ausgliederung der
Pflegekosten



Simulation auf Basis der ursprünglichen Fristen

- Retaxierung fast wie vor der Reform
- Keine finanzielle Entlastung in 2022
- Prognose: Finanziell bleibt alles, wie es war. Der Bürokratieaufwand wird für Krankenhäuser und MD evtl. etwas reduziert
- Cave primäre Fehlbelegung – Kosten immer höher als Erlöse

Kritiken am aktuellen AOP-Katalog/-verfahren

- Fehlende inhaltliche Katalogpflege seit vielen Jahren
- Meist nur formale textliche Anpassungen bei Änderungen des OPS-Katalogs
- Aushebeln der ursprünglichen Kategorie-1/Kategorie-2-Logik durch BSG-Rechtsprechung
 - Kategorie-1: ambulant, bei Vorliegen allgemeiner Tatbestände stationär
 - Kategorie-2: stationär, auch vertragsärztlich erbringbar und (extrabudgetär) abrechenbar (teilweise pseudoambulante Erbringung durch „Praxiskliniken“)
- ➔ Forderung des Nachweises „Allgemeiner Tatbestände“ bei allen AOP-Leistungen
- Sektoral unterschiedliche Abrechnung der Sachkosten
- Sektoral unterschiedliche Vergütung von Investitionen

- **Fehlende Leistungsstatistik für den Gesamtbereich des AOP-Katalogs**
Frage: Welche Leistungen des AOP-Katalogs werden faktisch nicht vertragsärztlich erbracht?

Ambulante Operationen – was ändert sich?

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren **auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021**

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe **und stationersetzender Behandlungen**,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Änderung

- Leistungskatalog auf Basis eines Gutachtens
- Neuaufnahme der stationersetzenden Behandlungen

Fragen/Probleme

- Wer wurde mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt?
- Wie wird die fachgebietsspezifische Expertise eingebunden?
- Welche Vorstellung hat der Gesetzgeber von stationersetzenden Behandlungen?

- Inhaltliche Ausgestaltung fehlt
- **Verlagerung von stationären Leistungen** in den Bereich der ambulant erbrachten Krankenhausleistungen
- **Einsparungen** in Höhe von rund 120 Millionen Euro je ein Prozent der stationären Fälle, die in den ambulanten Bereich verschoben werden
- Reduktion der Verwaltungskosten (der Kassen) durch weniger häufige Überprüfung von **primären Fehlbelegungen** (Einsparungen in niedriger einstelliger Millionenhöhe)

Postuliertes Effizienzpotential rechnerisch kaum herleitbar:

- 1 % der Fälle sind rund 195.000 stationäre Behandlungen bzw. 120 bis 150 Fälle je Krankenhausstandort
- 120 Mio. € durch 195 Tsd. Fälle = 615 € / Fall
- Eingespart werden nächtliche „Unterkunft und Verpflegung“ und anteilige Pflegekosten
- Nicht eingespart werden ärztliche und nichtärztliche Behandlungskosten, Sachkosten und anteilige Infrastrukturkosten
- Kalkulatorisch müssten 600.000 bis 800.000 Belegungstage eingespart werden (entspricht ca. 1.800 bis 2.000 Krankenhausbetten)

Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem **Schweregrad der Fälle** zu differenzieren und erfolgt **auf betriebswirtschaftlicher Grundlage**, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender **Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen.**

Änderung

- Betriebswirtschaftlicher Schweregrad
- Differenzierte Betrachtung von Kostenarten

Fragen/Probleme

- Betriebswirtschaftlicher Aufwand korreliert im DRG-System mit dem PCCL – wird die Kodierung der Nebendiagnosen bei AOP gleichermaßen komplex?
- Sind AOP-Leistungen aus der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser herauszurechnen oder für Vertragsärzte gesondert zu vergüten?

Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, **unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst** nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

Änderung

- Prüfung der korrekten Abrechnung von AOP-Leistungen verbleibt in der Verantwortung der Kostenträger

Fragen/Probleme

- Wie wird die korrekte Auswahl des Schweregrades geprüft?
- Wie wird die korrekte OPS-/EBM-Kodierung geprüft?
- Wie werden Datenschutzbestimmungen bei der Prüfung berücksichtigt, wenn für die Begründung der Leistung medizinische Informationen erforderlich sind?

Krankenhäuser haben die Einhaltung von **Strukturmerkmalen** auf Grund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen.

Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen **personen- und einrichtungsbezogenen Daten** an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.

Änderungen

- Schaffung einer Rechtsgrundlage für Strukturprüfungen
- Aufhebung datenschutzrechtlicher Bedenken

Fragen/Probleme

- OPS-Katalog wird für alle Codes mit strukturellen Mindestmerkmalen überarbeitet
- Aufgreifen der OPS-Strukturmerkmale in der Strukturprüfungsrichtlinie des MD mit pauschalierten umfassenden Informationsanforderung
- Im ersten Entwurf nicht plausible Fristenregelungen zu Lasten der Leistungserbringer

Fazit - Mehr Fragen als Antworten

- Viele Probleme sind seit Jahren bekannt und wurden durch die Selbstverwaltung bisher nicht gelöst
- Sehr vereinfachte Annahmen im Gesetz haben in den Händen der Selbstverwaltung bisher immer zu einem exponentiellem Wachstum der **Komplexität** (Synonym: **Bürokratie**) geführt (Vergleiche „Antragsformulare für ambulante spezialfachärztliche Versorgung –ASV)
- Hauptproblem: Sektorale Budgetierung der Vergütung mit unterschiedlichen Verteilungsmechanismen wird nicht gelöst

MDK und AOP reformiert – wird jetzt (wirklich) alles besser?

**Die reinste Form des
Wahnsinns ist es, alles beim
Alten zu lassen und
gleichzeitig zu hoffen, dass
sich etwas ändert.
Albert Einstein**

