

Foto: Studio_East – Fotolia

Der FoKA und das MDK-Reformgesetz

Eine Bestandsaufnahme

Von Dr. Ulf Dennler

Der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung ist ein Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) mit ca. 30 Mitgliedern. Diese repräsentieren ein breites Spektrum von Fachgebietsspezialisierungen und Weiterbildungen und besitzen jeweils umfassende Erfahrungen in der Anwendung von Klassifikationen, Abrechnungsregeln und Vergütungselementen im Gesundheitswesen sowie der Sozialrechtsprechung. Mit der Gründung des FoKA im Jahr 2006 nutzt die DGfM seitdem die Kompetenz ihrer Mitglieder, um auf Basis der Anfragen durch Krankenhäuser, Krankenkassen oder Anwaltskanzleien zu strittigen Kodierfragen eigene Kodierempfehlungen zu erstellen bzw. Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 (SEG 4) des MDK zu bewerten und zu kommentieren. Mitglieder des FoKA erhalten nach Antrag zunächst als korrespondierende Mitglieder Zugang zum FoKA-Wiki und werden bei fachlicher Eignung in die FoKA-Steuergruppe aufgenommen. Diese trifft sich vier bis

sechs Mal im Jahr zur abschließenden Bearbeitung und Veröffentlichung der Kodierempfehlungen.

Anfragen und Kommentierungen zu den Kodierempfehlungen der SEG 4 des MDK werden transparent im FoKA-Wiki veröffentlicht und durch die Mitglieder des FoKA kommentiert. Während der Diskussionsphase sind die Kommentierungen der einzelnen FoKA-Mitglieder im Internet einsehbar. Nach Abschluss der Bearbeitung werden die Diskussionsseiten gelöscht und die konsentrierte Empfehlung oder Bewertung im Internet eingestellt. Durch die Administratoren des FoKA-Wikis kann der Verlauf einer schriftlichen Diskussion und die abschließende Bewertung einer Anfrage oder Kodierempfehlungen über die Log-Protokolle des Wikis nachvollzogen werden.

Kodierempfehlungen der SEG 4 werden dabei entweder konsentriert oder mit Dissens bewertet. Bei Dissens werden die Argumente, die zu einer abweichenden Einschätzung geführt haben, dargestellt und mit der SEG 4 ausgetauscht. Die so entstandenen

Der FoKA (Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling) hat sich in den letzten 14 Jahren als Institution für eine sachgerechte, unparteiliche und lösungsorientierte Aufarbeitung strittiger Kodierfragen etabliert. Regelmäßig verweisen erst- und zweitinstanzliche Sozialgerichte in ihrer Urteilsbegründung auf die Veröffentlichungen des FoKA. Die Politik würdigt dieses langjährige Engagement durch die im MDK-Reform-Gesetz geplante mittelbare Einbeziehung in den Prozess der Klärung strittiger Kodierfragen von grundlegender Bedeutung. Diese Neuregelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz erfordert Anpassungen an die Struktur, Organisation und Arbeitsweise des FoKA und eröffnet der Zusammenarbeit mit einem unabhängigen Medizinischen Dienst neue Perspektiven.

Keywords: Medizincontrolling, Strategie, Gesundheitspolitik

Kodierempfehlungen und Kommentierungen besitzen (bisher) nicht den Status von verbindlichen Vorgaben. ►

Ungeachtet der fehlenden rechtlichen Legitimation des FoKA werden dennoch dessen eigene Kodierempfehlungen und die Kommentierungen zu den Kodierempfehlungen der SEG 4 durch Rechtsanwälte und Sozialgerichte bei der Erstellung von Klageschriften, Klageerwiderungen und Urteilsbegründungen aufgegriffen. Konsentiierte Kodierempfehlungen werden durch die Rechtsprechung überwiegend akzeptiert und entfalten so letztendlich eine normative Wirkung. Problematisch sind die Kodierempfehlungen der SEG 4, die angesichts fehlender Klarheit in den Kodierrichtlinien oder unterschiedlicher Interpretationen von Hinweistexten oder Thesauri in den Klassifikationssystemen durch den FoKA abgelehnt wurden. Häufig wären diese Dissens-Konstellationen innerhalb von ein bis zwei Jahren durch klarstellende Weiterentwicklungen der Kodierrichtlinien für die Zukunft zu korrigieren. Sowohl seitens des FoKA als auch des MDK ist den Beteiligten sehr genau bekannt, welche Formulierung zu präzisieren ist, um den Streit in der Zukunft zu vermeiden. In der Außenwahrnehmung haben jedoch begrenzte Einflussmöglichkeiten der Praktiker vor Ort in Kombination mit der langjährigen Mutlosigkeit und fehlenden Kompromissbereitschaft von Teilen der Selbstverwaltung zu einem mittlerweile erheblichen Reformstau bei der Weiterentwicklung von Abrechnungsregeln für das DRG-System geführt.

Auch das durch den Gesetzgeber implementierte Instrument der Schlichtung wurde nicht wirksam genutzt, was im Referentenentwurf zu Recht nachdrücklich kritisiert wird: „Der Gesetzgeber hat die DKG und den GKV-Spitzenverband verpflichtet, im Jahr 2013 einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene einzurichten, der Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung verbindlich klärt. In seiner bisherigen Amtszeit hat der Schlichtungsausschuss jedoch lediglich einen Beschluss gefasst. Obwohl Einigkeit unter den Beteiligten besteht, dass es dringend einer Klärung einer Vielzahl von bekannten und bereits fachlich diskutierten Fragen durch den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene bedarf, haben die anrufungsberechtigten Verbände keine Anträge gestellt.“

Das MDK-Reform-Gesetz

Mit dem Referentenentwurf zum MDK-Reformgesetz, der am 3. Mai 2019 veröffentlicht wurde, hat die Politik die langjährige, sachorientierte Arbeit des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der DGfM unerwartet deutlich gewürdigt. Laut § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), in dem die Arbeitsweise des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene reguliert wird, soll die DGfM ein unmittelbares Recht zum Anrufen des Schlichtungsausschusses für die Klärung von Kodierfragen erhalten: „(3) Der Schlichtungsausschuss kann [von] ... den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften ... angerufen werden.“

Die Kodierempfehlungen der SEG 4 des MDK, die durch den FoKA nicht konsentiiert wurden, sollen mit hoher Priorität aufgegriffen werden: „(5) Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen; anschließend sind die zukünftig als strittig festgestellten Kodierempfehlungen vom Schlichtungsausschuss zu entscheiden.“

Die für das Funktionieren des DRG-Systems entscheidenden Bundesinstitute (InEK und DIMDI) sind in die Klärung der strittigen Sachverhalte einzubeziehen und deren Empfehlungen bei der Schlichtung zu berücksichtigen. In weiteren gesetzlichen Regelungen wird eingefordert, „dass bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der Entgeltsysteme im Krankenhaus zu berücksichtigen sind.“ Der Vorstand der DGfM regt in seiner Kommentierung des Referentenentwurfs zur Erhöhung des Praxisbezugs an, den Schlichtungsausschuss auch mit Vertretern des MD und der DGfM zu besetzen oder

diesen Organisationen zumindest ein Anhörungsrecht einzuräumen.

Eine Herausforderung für den Schlichtungsausschuss wird der enge zeitliche Rahmen von acht Wochen sein, der durch den Gesetzgeber für die Frist zwischen der Anrufung und der Entscheidung durch den Schlichtungsausschuss gesetzt wird. Als Konsequenz aus den bevorstehenden gesetzlichen Neuregelungen sieht es der Vorstand der DGfM für erforderlich an, die Fachlichkeit und die Unabhängigkeit der FoKA-Mitglieder durch die Verabschiedung einer eigenen Geschäftsordnung und die Offenlegung von Interessenskonflikten sicher zu stellen.

Die Herausforderung für den Schlichtungsausschuss

Im Mai 2019 befanden sich 90 Kodierempfehlungen aus unterschiedlichen Gründen im Dissens, beispielhaft:

1. In der KDE wird eine unspezifische Kodierung favorisiert, wenn das Krankheitsbild auch spezifisch kodiert werden könnte.
2. Es wird bei der Festlegung von Hauptdiagnosen nicht oder willkürlich zwischen Symptomen und zugrunde liegenden Erkrankungen differenziert.
3. Es werden Anforderungen an den Nachweis von Diagnosen oder Behandlungen gefordert, die den Hinweisen in der Klassifikation nicht zu entnehmen sind.
4. Es werden in Fallbeispielen Konstellationen konstruiert, die zwar im Einzelfall vorkommen mögen, aber für die Masse der behandelten Patienten realitätsfern erscheinen.

Eine unkritische Akzeptanz solcher KDE könnte eine aufwandsgerechte Vergütung der Krankenhäuser gefährden. Die KDE-588 als typisches Beispiel soll dies verdeutlichen (► Infokasten).

Es werden durch die SEG 4 keine grundlegenden, allgemeingültigen Bewertungsmaßstäbe dargestellt, wann von einer intensivmedizinischen Versorgung auszugehen ist. In dem Fallbeispiel werden keinerlei Aussagen darüber getroffen, wie der Patient vor der stationären Aufnahme pflegerisch versorgt wurde, wie lange er pro Tag beatmet wird oder welche

Begleiterkrankungen zu verzeichnen sind. Auch bei einer elektiven Aufnahme zur Optimierung einer nicht-invasiven Beatmung besteht die Möglichkeit, dass der Patient bereits zuvor aufwendig durch eine häusliche Intensivpflege betreut werden musste. Der FoKA vertritt deshalb die Auffassung, dass die intensivmedizinische Versorgung im Einzelfall für den betroffenen Patienten unter Berücksichtigung etablierter Scoring-Systeme wie dem TISS-28 oder dem Frührehabarthel-Index zu beurteilen ist. Der Schlichtungsausschuss hätte in diesem Fall nicht die Aufgabe, darüber zu befinden, ob die Auffassung der SEG4, dass bei einer Kontrolle einer nichtinvasiven Beatmung auf einer Intensivstation keine Beatmungstunden zu erfassen sind, korrekt ist. Vielmehr geht es im Sinne einer übergreifenden Lösung darum, eine praktikable Legaldefinition für den Begriff der „intensivmedizinischen Versorgung“ zu finden. Ähnlich differenziert wären alle weiteren Kodierempfehlungen im Dissens mit Abstraktion auf den eigentlichen Konflikt zu beurteilen.

Dialog als Lösungsansatz vor der Schlichtung

Um zu erreichen, dass also die tatsächlichen Fragestellungen, die sich in der Ebene unterhalb der einzelnen Fallbeispiele befinden, innerhalb der gesetzlichen Fristen gelöst werden, sollten die Dissens-Konstellationen obligat vor der Bearbeitung durch den Schlichtungsausschuss in einem regelmäßigen Dialog zwischen FoKA und SEG 4 gemeinsam bis zum Ende des Jahres 2020 aufgearbeitet werden. Die zukünftige Unabhängigkeit des MDK bietet für einen solchen Dialog neue Chancen. In der gemeinsamen Aufarbeitung

Die KDE-588 als typisches Beispiel

„KDE-588 (Schlagworte: Heimbeatmung, Optimierung der Beatmung, Beatmungstunden, Intensivstation); erstellt: 04.12.2017; Stand: 22.01.2018:

Problem/Erläuterung: Stationäre Aufnahme eines Patienten elektiv für drei Behandlungstage ausschließlich zur Kontrolle und Optimierung einer früher eingeleiteten noninvasiven häuslichen maschinellen Beatmung bei chronischer respiratorischer Insuffizienz.

Die Anpassung der maschinellen Beatmung erfolgt auf der Intensivstation.

Sind neben dem OPS 8-716.10 Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten nicht invasiven häuslichen maschinellen Beatmung auch die Beatmungstunden zu erfassen?

Kodierempfehlung SEG 4

Die Beatmungstunden sind nicht auszuweisen. Gemäß DKR 1001 sind Beatmungszeiten nur zu erfassen, wenn es sich im Einzelfall um einen „intensivmedizinisch versorgten Patienten“ handelt. In diesem Fall war der Patient weder intensivmedizinisch behandlungsbedürftig noch intensivmedizinisch versorgt.“

besteht einerseits sicher die Möglichkeit, durch eine Konkretisierung von Formulierungen und Schlussfolgerungen einen Teil der Kodierempfehlungen zu konsentieren. Für die im Dissens verbleibenden Fälle sollte andererseits eine qualifizierte Darstellung der beiden unterschiedlichen Positionen mit jeweils einer aussagefähigen Begründung zur Entscheidung durch den Schlichtungsausschuss eingereicht werden. Im Idealfall resultieren zwei Formulierungsvorschläge mit Hinweisen auf die zu ändernden Textpassagen in den Kodierrichtlinien, zwischen denen nach einer Stellungnahme des DIMDI zur Klassifikation und des InEK zur Kalkulation entschieden werden kann. ■

Dr. Ulf Dennler, MBA

Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Beirat des Vorstandes und Vorsitzender des
Fachausschuss für ordnungsgemäße
Kodierung und Abrechnung
Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e.V. (DGfM)
ulf.dennler@medizincontroller.de



Dr. Ulf Dennker



FÜHREND IN KODIERUNG UND MDK-BEARBEITUNG

Rettungsboot in Klageflut.

Schnelle und fundierte Reaktion auf die Massenklagen zum Festpreis. Wir holen Sie da raus!

DLMC – Ihr zertifizierter Partner für externes Medizincontrolling
Tel. +49 2339 1241-10 | www.dlmc.de

