

Qualität im Fokus – die Prüfaufgaben der Medizinischen Dienste im Krankenhausbereich

14
Titelthema

STRUKTURMERKMALE, Qualitätsvorgaben, Abrechnungen – der Medizinische Dienst prüft unterschiedliche Kriterien im Krankenhausbereich und trägt so zu einer qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten bei. In deutschen Krankenhäusern werden tagtäglich viele Menschen untersucht und behandelt: Um die Qualität der Versorgung und Abrechnung zu sichern, übernehmen die Medizinischen Dienste gesetzlich zugewiesene Prüfaufgaben. Dabei geht es nicht nur um die Prüfung der korrekten Abrechnung von Krankenhausleistungen, sondern zunehmend um die Versorgungsqualität – nämlich darum zu prüfen, ob die technischen Voraussetzungen und das medizinische und pflegerische Fachpersonal vorhanden sind, um den Patientinnen und Patienten die jeweiligen Leistungen in der geforderten Qualität anbieten zu können.

Strukturen im Fokus

Damit Krankenhäuser komplexe und besonders aufwendige Behandlungen mit den Krankenkassen abrechnen können, müssen sie bestimmte technische, organisatorische und personelle Voraussetzungen erfüllen. Aktuell gilt das für 54 Krankenhausleistungen (OPS-Kodes) und betrifft vor allem medizinisch anspruchsvolle Komplexleistungen zur Versorgung von besonders verletzlichen Personengruppen wie Kindern oder alten Menschen oder intensivmedizinische und palliative Leistungen für Schwer- und Schwerstkranke.

»Solche Behandlungen erfordern das Wissen eines Teams von Spezialisten, eine besondere Ausstattung oder beides. Möchte die Klinik eine Komplexbehandlung mit der Krankenkasse abrechnen, muss sie im Vorfeld nachweisen, dass sie die notwendigen Qualitätsvoraussetzungen erfüllt und beantragt hierzu eine sogenannte Strukturprüfung beim Medizinischen Dienst«, erklärt Dr. Claudia Kreuzer, Leiterin des Medizinischen Fachbereichs Stationäre Versorgung beim Medizinischen Dienst Nordrhein.

Die vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Voraussetzungen sind in sogenannten Strukturmerkmalen definiert, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jährlich im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) für bestimmte Leistungen festlegt.

Basis für die Prüfungen der Medizinischen Dienste ist die Richtlinie »Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach §275d SGB V (StrOPS-RL)«, die vom Medizinischen Dienst Bund erlassen und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt wird. Sie regelt Ablauf und Inhalt der Prüfungen und ist für alle Medizinischen Dienste verbindlich. Die Richtlinie wird jährlich an den aktuellen OPS-Katalog angepasst.

Aus der Praxis

Die Prüfung von Strukturmerkmalen beantragt das Krankenhaus für jede Leistung (OPS-Kode), die abgerechnet werden soll, direkt beim zuständigen Medizinischen Dienst. Handelt es sich bei der geplanten Leistung zum Beispiel um eine neurologisch-neurochirurgische Komplexleistung zur Behandlung von Schlaganfällen, schauen die Medizinischen Dienste unter anderem darauf, ob rund um die Uhr ausreichendes und ausreichend qualifiziertes Fachpersonal bereitsteht, ob die geforderte technisch-apparative Ausstattung vorhanden ist und wie Ablaufpläne und gegebenenfalls notwendige Verlegungskonzepte aussehen.

Ein Beispiel: Vera S. kommt mit Verdacht auf Schlaganfall in die Uniklinik. Der diensthabende Neurologe steht sofort parat. Vera hat Glück im Unglück, denn sie wird auf einer Stroke Unit versorgt, einer auf Schlaganfall spezialisierten Abteilung. Ein Neuroradiologe kann innerhalb kürzester Zeit eine Thrombektomie durchführen und das Blutgerinnsel mechanisch entfernen. Auch hätte ein erfahrener Neurochirurg einen Eingriff am Kopf vornehmen können, um den Hirndruck zu entlasten oder einen Bluterguss zu entfernen (intrakranielle Eingriffe).

Will ein Krankenhaus solche Leistungen anbieten und abrechnen, kann aber solch hoch-spezialisierte Eingriffe nicht selbst durchführen, muss es eine Kooperation mit einem anderen Krankenhaus und ein entsprechendes Verlegungskonzept nachweisen. Da-



bei müssen Abläufe klar geregelt sein und es muss zum Beispiel feststehen: Wer trifft die Entscheidung für den Eingriff? Welche Kooperationskrankenhäuser gibt es? Wer kontaktiert wen? Wie wird der Transport organisiert? Wer begleitet den Patienten, und wie läuft die Kommunikation zwischen den verlegenden und aufnehmenden Ärzteteams ab?

In Zahlen

Mehr als 24 000 Strukturprüfungen haben die Medizinischen Dienste in den vergangenen zwei Jahren bundesweit durchgeführt; 8900 waren es im Jahr 2022. Das Ergebnis: Krankenhäuser erfüllen in vielen (92,5%), aber nicht in allen Fällen die geforderte Qualität, um bestimmte Leistungen anbieten und mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können. Bei 7,5% der Prüfungen in 2022 waren die geforderten Voraussetzungen nicht erfüllt. Das lag häufig daran, dass das für die Behandlung geforderte Fachpersonal nicht ausreichend vorhanden war.

Bei jeder dritten Prüfung (36%) ging es um intensivmedizinische oder palliativmedizinische Leistungen oder um die Behandlung von Menschen mit Schlaganfall auf einer Stroke Unit. Dabei zeigte sich zum Beispiel, dass die Voraussetzungen für die Versorgung von Menschen mit Schlaganfall in 9,2% der geprüften Fälle unzureichend erfüllt waren. Es fehlte schlicht Fachpersonal – etwa in der Radiologie, Neurologie oder Physiotherapie.

Das zeigen auch die Prüfergebnisse des Medizinischen Dienstes Nordrhein: »In unseren Prüfungen von Anträgen zur Komplexbehandlung Schlaganfall fiel auf, dass entsprechende Fachärztinnen oder Fachärzte, die für die Behandlung erforderlich sind, nicht rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Doch bei einem Schlaganfall geht es um Minuten«, sagt Dr. Kreuzer. »Zudem mangelte es an logopädischem Fachpersonal für die Therapie von Sprach- und Schluckstörungen.« Von den beim Medizinischen Dienst

Nordrhein im Jahr 2022 gestellten 873 Anträgen wurden 92% positiv beschieden. »Von den abgelehnten Anträgen scheiterte fast die Hälfte (43%) ausschließlich aufgrund fehlenden Fachpersonals. Das betraf neben dem Bereich der Schlaganfallversorgung, besonders die Kinderintensivmedizin, Psychiatrie und Palliativmedizin, und damit besonders sensible und personalintensive Bereiche«, unterstreicht Kreuzer.

Austausch auf Augenhöhe

Die Strukturprüfungen wurden 2020 mit dem »Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen« eingeführt und Corona-bedingt im Jahr 2021 erstmals umgesetzt. »Waren sie zunächst sowohl für die Krankenhäuser als auch für uns als Medizinischer Dienst neu und herausfordernd, hat sich das Verfahren inzwischen doch gut eingespielt«, sagt Dr. Birgit Heukrodt, die beim Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg den Geschäftsbereich Krankenhaus leitet, und generell auf eine gute Zusammenarbeit mit 106 Kliniken an 148 Krankenhausstandorten in der Region blickt: »Natürlich sind wir auch mal unterschiedlicher Meinung bei mitunter unterschiedlichen Interessen und streiten in der Sache, aber das gehört zum konstruktiven Austausch dazu. Je klarer Strukturmerkmale formuliert sind, desto weniger finden sich Streitpunkte zur Auslegung zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst. Das ist leider nicht immer der Fall. Letztlich haben wir jedoch alle ein Ziel – dass die Patientinnen und Patienten gut versorgt werden.«

Dass der Medizinische Dienst und die Krankenhäuser offen und professionell zusammenarbeiten, bestätigt auch Brit Ismer. Sie ist Kaufmännische Direktorin des Jüdischen Krankenhauses in Berlin – ein Haus mit 384 Betten und 840 Beschäftigten, das jedes Jahr rund 12 000 Patienten stationär und etwa 25 000 ambulant versorgt. Für 15 bis 17 Leistungen hat das Haus zuletzt Strukturprüfungen beim Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg beantragt und die Erfahrung gemacht, »dass der Medizinische Dienst bei allen Rückfragen zu StrOPS gut unterstützt«.

»Das Antragsverfahren und die vorgegebene Struktur der Dokumentenlieferungen erfordern allerdings viel Aufwand für die Klinik«, erklärt Ismer, »weil die Patientenakte unseres Krankenhauses einer anderen Struktur folgt, aber auch, weil zum Beispiel ein Qualifikationsnachweis für ein und dieselbe Person mehrfach für unterschiedliche OPS-Kodes eingereicht werden muss.« Ismer wünscht sich mehr Bürokratieabbau und mitunter auch, dass die medizinischen Leistungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärker gesehen werden, und dass es »weiterhin einen freundlichen, offenen und respektvollen Austausch in den Prüfungen gibt«. [weiter auf S.16](#)

15
Titelthema

forum
das Magazin des Medizinischen Dienstes 3/2023

Qualitätsvorgaben des G-BA

Neben den Strukturprüfungen müssen die Medizinischen Dienste auch prüfen, ob Krankenhäuser die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Qualitätssicherungs-Richtlinien und Beschlüssen festgelegten Qualitätsanforderungen einhalten und ob sie diese entsprechend dokumentieren. Die Qualitätsanforderungen betreffen komplizierte Behandlungen, die einen sehr hohen Qualitätsstandard voraussetzen, wie zum Beispiel die Behandlung von Früh- und Reifgeborenen, die Kinderherzchirurgie und die Kinderonkologie, minimalinvasive Herzklappeneingriffe und die Versorgung eines hüftgelenknahen Oberschenkelbruchs.

Grundlage für die Qualitätskontrollen der Medizinischen Dienste ist die »Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach §275a SGB V (MD-Qualitätskontroll-Richtlinie, MD-QK-RL)«. Die Richtlinie sieht stichprobenartige, anhaltspunktbezogene und anlassbezogene Prüfungen vor. Den Prüfungsauftrag erhalten die Medizinischen Dienste von den Krankenkassen. In der Regel werden die Qualitätskontrollen vor Ort in den Krankenhäusern durchgeführt.

Aufgrund der Corona-Pandemie waren diese Qualitätskontrollen zwischen 2020 und 2022 sowohl zeitlich als auch inhaltlich nur begrenzt möglich. Im Jahr 2022 haben die Medizinischen Dienste bundesweit insgesamt 426 Kontrollen durchgeführt. Die Prüfungen fokussierten im Wesentlichen auf Qualitätsanforderungen aus sogenannten Struktur-Prozessqualitätsrichtlinien in den Krankenhäusern. In 75,6% der Fälle waren die Anforderungen erfüllt, in 23,2% nicht. In weiteren 1,2% der Fälle war keine Beurteilung möglich.

»Wir haben in den vergangenen Jahren festgestellt, dass die Kontrollen der G-BA-Anforderungen und die Strukturprüfungen in vielen Krankenhäusern in Hamburg und Schleswig-Holstein zu besserer Qualität führen«, erläutert Dr. Andreas Krokotsch, Abteilungsleiter Krankenhaus beim Medizinischen Dienst Nord. »Und wir konnten beobachten, dass sich die Krankenhäuser ebenso wie wir zunehmend professionalisiert haben und immer besser auf die Prüfungen vorbereitet sind. Das erleichtert die Arbeit für beide Seiten, und wir blicken auf eine insgesamt sehr gute Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern.«

Dorothee Buschhaus
ist Redakteurin der
Gemeinschaft der
Medizinischen Dienste,
dorothee.buschhaus@
md-bund.de



Weniger Einzelfallprüfungen

Mehr als 1,4 Millionen Abrechnungsprüfungen haben die Medizinischen Dienste im Jahr 2022 bundesweit durchgeführt. Dabei geht es um die Frage, ob die Durchführung oder Abrechnung der Leistung des Krankenhauses aus medizinischer Sicht korrekt ist. Wichtige Aspekte für die Beurteilung sind: War die stationäre Behandlung erforderlich? War die Dauer der Krankenhausbehandlung erforderlich? Wurden die Diagnosen und Therapien korrekt kodiert? Diese Prüfungen sind ausschließlich auf den Einzelfall bezogen, und finden im Auftrag der Krankenkassen statt, nachdem Versicherte behandelt worden sind. Mit dem 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz wurde das bisherige System der Krankenhausrechnungsprüfungen umfassend reformiert. Um die kontinuierlich steigende Zahl an Einzelfallabrechnungsprüfungen zu reduzieren (Vor-Corona-Niveau 2019: 3 Mio.) wurden zum einen ergebnisabhängige Prüfquoten eingeführt. Damit gilt: Je weniger Abrechnungen eines Krankenhauses der Medizinische Dienst beanstandet, desto geringer ist die Prüfquote in diesem Krankenhaus im darauffolgenden Quartal. Zudem müssen Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst begutachten lassen, bevor sie bestimmte Leistungen abrechnen können.

»Mit den G-BA Qualitätskontrollen und den zuletzt eingeführten Strukturprüfungen hat sich unsere Arbeit deutlich verändert«, sagt Birgit Heukrodt vom Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg: »Noch bis vor zwei Jahren hat die Prüfung von Krankenhaus-Abrechnungen (DRG-Prüfung) über 90% unseres Prüfungsgeschäfts ausgemacht. Dieser Anteil liegt heute bei ca. 70% mit weiter abnehmender Tendenz.«

Es zeichnet sich ab, dass die jetzt geplante Krankenhausreform nicht nur eine weitgehende Abkehr der Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen (DRG), sondern unter anderem auch neue Prüfungsaufgaben für den Medizinischen Dienst im Krankenhausbereich beinhalten wird. »Vor dem Hintergrund ihrer vielfältigen Erfahrungen mit Abrechnungsprüfungen, Strukturprüfungen und der Prüfung von Qualitätsanforderungen des G-BA sehen sich die Medizinischen Dienste darauf gut vorbereitet«, sagt Dr. Stefan Grone-meyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund. □

Jan Gömer
ist Pressesprecher des
Medizinischen
Dienstes Nord,
jan.goemer@md-nord.de

