

Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG

Stammdaten

Verfahrensnummer: S20220016
Bezeichnung: Klärung der Kodiervoraussetzungen für die Gabe von Dibotermine
Kategorie Antragsteller: Krankenhaus
Antragsteller: Malteser Waldkrankenhaus St. Marien Erlangen

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Beschreibung der Kodier- oder Abrechnungsfrage

Unser Haus leistet wirbelsäulenchirurgische Eingriffe auf höchstem Versorgungs- und Schwierigkeitsniveau. Dabei ist die Gabe des Medikamentes "Inductos" (Dibotermine) immer wieder medizinisch indiziert. Mit dieser Gabe wird das bewertete Zusatzentgelt ZE20XX-63 ausgelöst. Aufgrund der höheren Bewertung dieses Entgeltes erfolgt eine strategische Prüfung dieser Fälle durch die Kostenträger. Trotz vorgelegtem Arztbrief und Operationsbericht verweigert der Medizinische Dienst die Anerkennung, weil in der übergebenen Dokumentation keine Chargennummer für die Gabe vorhanden ist. Selbstverständlich wird die Chargennummer in jedem Fall in unserem Warenwirtschaftssystem dokumentiert und könnte im Einzelfall auch, so wie es die PrüfvV vorsieht, auch durch den Kollegen des MD abgefragt werden. Es ist jedoch eine unzumutbare Härte die Anerkennung dieses Zusatzentgeltes an die Vorlage einer Chargennummer zu knüpfen. Auch die Recherche bei der Fachgesellschaft ergab keine medizinischen oder sonstigen Gründe warum die Chargennummer für eine Anerkennung notwendig sein sollte. Daraufhin wurden mehrere Gespräche mit dem MD geführt, um den Sachverhalt zu klären und aufzulösen. Leider wurde uns bis heute nur mitgeteilt, dass die Chargennummer bei teuren Medikamenten erforderlich ist. Unsere Frage nach dem medizinischen Grund blieb unbeantwortet. Aufgrund der höheren Fallzahl sind so in der Vergangenheit ein Vielzahl von primär negativen MD-Gutachten mit dem Abschlussstatus "MDK02" entstanden, so dass für dieses Quartal erstmal auch die Quote von 60% unbeanstandeter Rechnung unterschritten wurde und Sanktionszahlungen fällig wurden. In allen Fällen sind die Kostenträger bislang unserer Argumentation gefolgt und haben das Zusatzentgelt nicht zurückgefordert. In allen Fällen haben sie sich aber auch geweigert den Abschlussstatus von MDK02 auf MDK01 zu ändern. Damit schließt sich der für uns, trotz aller Bemühungen, nicht mehr zu durchbrechende Teufelskreis. Auf der Suche nach einer professionellen und dauerhaften Lösung ist damit die Anrufung des Schlichtungsausschusses notwendig geworden, um eine transparente und objektive medizinische Beurteilung in künftigen Fällen wieder zu gewährleisten. Der MD gibt für seine Ablehnung in keinem Fall weitere nachvollziehbare Gründe ab. Aufgrund der ohnehin schon maximalen bürokratischen Last durch die Prüfungshandlung sehen wir keine Möglichkeit jede subjektive Anforderung von Zusatzdokumenten ohne rechtliche Grundlage oder medizinischen Hintergrund zu befriedigen.

Möglichkeit zur Angabe der/des strittigen Kodes/Kodeskombinationen

Die beschriebene Leistung wird durch den OPS 6-003.40 abgebildet. Die Übermittlung des OPS, sowie die Vorlage des OP-Berichtes sind nach unserer Auffassung ausreichend um die Kodierungsvoraussetzungen für diesen OPS zu prüfen und bitten daher um eine Prüfung und Klärung durch Ihr Gremium.

Betroffene DRGs/PEPP/ZE/ET

ZE2022-63

Welche Regelwerke sind betroffen (DKR, Abrechnungsbestimmungen etc.)

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

OPS 2022 GM

Position und Benennung der Gegenseite

Wer vertritt die Position der Gegenseite?

Medizinischer Dienst

Sachverhaltsdarstellung der Gegenposition

Siehe Begründung im beigefügten MD-Gutachten

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

Inwiefern handelt es sich um eine streitige Kodier- oder Abrechnungsfrage?

Einseitige Festlegung erhöhter Dokumentationsanforderung ohne rechtliche oder medizinische Grundlage zur Anerkennung der Abrechnung.

Inwiefern ist die Kodier- oder Abrechnungsfrage abstrakt und nicht einzelfallbezogen?

Diese Situation betrifft deutschlandweit eine große Anzahl an Fällen. Das Phänomen der einseitigen Erhöhung von Dokumentationsanforderung über den OPS oder DKR hinaus ist häufiger Streitgegenstand einer Vielzahl an Abrechnungsprüfungen.

Inwiefern ist es über die Frage wiederholt zu Konflikten in der Abrechnung gekommen?

Es liegen mittlerweile eine Vielzahl gleichgearteter Fälle vor. Jeder Versuch mit dem MD zu einer sachlichen Lösung zu kommen, war nicht von Erfolg beschieden, da der MD ausschließlich auf seinem Standpunkt beharrt. Die Fachgesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie und auch die Krankenkassen haben die Streichung des Zusatzentgeltes auf Basis einer nicht zur Prüfung übergebenen Chargennummer nicht nachvollzogen. Durch das Verhalten des MD entstehen so eine Vielzahl primär negativer MD-Gutachten, welche am Ende allesamt nicht negativ sind und der Rechnungsbetrag unverändert bleibt. Trotzdem "belasten" diese Gutachten die Prüfungsquote des GKV-SV und damit die Festlegung der Gesamtprüfungsquote in unserem Haus. Durch die jetzt auch noch fällig werdenden Sanktionszahlungen entsteht unserem Haus ein erheblicher wirtschaftlicher Schaden.

Inwiefern ist die Frage abrechnungs- oder potentiell entgeltrelevant?

Erniedrigung der primär richtigen Rechnung bei den Abrechnungsprüfungen. Sanktionszahlungen. Deutlicher Mehraufwand für die Prüfungshandlungen bei Verdopplung der Prüfungsquote. Bewertung des Zusatzentgeltes 2022. € 3.558.50. Hierdurch entsteht immer erst einmal ein hoher Retaxierungsbetrag für die Kostenträger und es fordert eine in jedem Einzelfall eine zeitintensive Klärung.

Inwiefern ist keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (z.B. Vorschlagsverfahren InEK, Weiterentwicklung des OPS-Katalogs und ICD-Katalogs, G-BA)?

Alle von Ihnen genannten Beispielzuständigkeiten haben uns an dieses Gremium verwiesen, da ausschließlich Sie eine solch grundsätzliche Diskussion klären und zum Wohle aller beenden können.

Inwiefern ist die Frage bislang unregelt oder werden getroffene Regelungen unterschiedlich angewendet?

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

Alle Versuche den MD dazu zu bewegen eine inhaltlichen, rechtlichen oder medizinischen Grund für die Notwendigkeit einer Chargenbezeichnung zur Abrechnungsprüfung zu benennen sind gescheitert. Wir hätten Argumente gerne evaluiert. Es wurden uns keine genannt und die eigene Recherche hat keine Argumente ergeben.

Inwiefern kann die Frage durch die Vertragsparteien geregelt werden?

Die Vertragsparteien können übereinstimmend erklären, dass Chargenbezeichnungen für eine Abrechnungsprüfung im Sinn des § 275 SGB V nicht notwendig sind. Die Dokumentation kann ausschließlich durch die ohnehin erstellte Routedokumentation, z.B. OP-Bericht, erfolgen, wenn das streitgegenständliche MPG oder Arzneimittel, einschließlich der Anzahl bzw. der Dosis, benannt werden und die tatsächliche Verabreichung in der Krankenakte dokumentiert ist. Dieser Sachverhalt war in allen unseren Prüfungsfällen gegeben.

Hintergrund

Es handelt sich um einen Rechtsstreit

Nein

Da bislang noch keine Krankenkasse das negative MD-Gutachten umgesetzt hat, wurde noch kein Klageverfahren notwendig.

Geben Sie bitte hier an, ob bereits Schritte zur Klärung des Sachverhaltes unternommen wurden und welche dies sind.

Ja

Siehe bisherige Anmerkungen. Vielfache Kontaktaufnahme mit dem MD [Land]. Anfragen bei BKG und DWG.

Regelungsvorschlag mit Begründung

Regelungsvorschlag

Zur Abrechnungsprüfung von Medizinprodukten oder Arzneimitteln ist eine grundsätzliche Angabe von Chargennummern nicht erforderlich. Im Einzelfall kann der Prüfende des MD gemäß PrävV beim abrechnenden Krankenhaus unter Angabe von Gründen nachfragen, sofern diese Nummer abrechnungsrelevant sein sollte.

Begründung

Die einseitige und zunehmende Festlegung eigener Dokumentationsvoraussetzungen führt zu einer erheblichen Zusatzbelastung für die Krankenhäuser. Selbstverständlich müssen Abrechnungen prüfbar sein und bleiben, aber soweit es geht aus einer Routedokumentation der Leistungserbringer abgeleitet werden können ohne eine zusätzliche Ausleitung von nicht relevanten Information aus den elektronischen System nachversorgen zu müssen.

Die einseitige und zunehmende Festlegung eigener Dokumentationsvoraussetzungen ohne inhaltliche Begründung durch den MD führt einer nicht repräsentativ hohen Anzahl an primär negativen MD-Begutachtungen mit den entsprechenden Konsequenzen für die Leistungserbringer.