

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

12 | Dezember 2018

Vorsorgeprogramm

Mammographie-Screening: Prüfung der Fallsammlung angepasst

Seit dem 01.10.2018 gelten laut KBV Änderungen bei der Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs.

Prüfintervall und Pseudonymisierung

Bisher mussten alle Fachärzte, die an der Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung teilgenommen und die Beurteilung der Fallsammlung bestanden haben, die nächste Prüfung nach einem Jahr bzw. nach 10 – 14 Monaten ablegen. Seit dem 01.10.2018 gilt: Ärzte, die die Prüfung mit ≥ 90 Prozent Sensitivität und ≥ 90 Prozent Spezifität und damit „absolut“ bestanden haben, müssen erst nach zwei Jahren bzw. 22 – 26 Monaten die nächste Fallsammlungsprüfung absolvieren. Für die anderen Ärzte bleibt das Prüfintervall unverändert. Durch eine Übergangsregelung kann die Verlängerung des Prüfintervalls auch auf die bereits geprüften Ärzte mit sehr gutem Ergebnis angewendet werden, sofern die abschließenden Ergebnisse noch nicht festgestellt wurden.

Die organisatorische Durchführung der Beurteilung einer Fallsammlung erfolgt durch die Kooperationsgemeinschaft und das Referenz-

zentrum, die auf die Überlassung von Mammographie-Aufnahmen angewiesen sind. In diesem Zusammenhang wurde jetzt klargestellt, dass die Programmverantwortlichen Ärzte dem Referenzzentrum im Hinblick auf die Frauen bereits pseudonymisierte Fälle übermitteln.

Technische Neuentwicklungen

Bisher galt der Einsatz von zwei nebeneinander stehenden Monitoren als verpflichtend für den Einsatz bei der Befundung von Screening-Mammographie-Aufnahmen sowie für die Bildbetrachtung an der digitalen Prüfstation. Nun gilt:

- Alternativ kann ein einzelnes entsprechend leistungsfähiges und großes Bildwiedergabegerät mit einer Matrix von $\geq 2048 \times \geq 4096$ eingesetzt werden.
- Bei Verwendung nur eines Bildwiedergabegeräts muss zudem die Darstellung eine Initial-Ansicht aller vier Bilder sowie eine Detailansicht von jeweils zwei Bildern umfassen.
- Zusätzlich wurden die Vorgaben zur Grafikkarte und Bildschirmmatrix angepasst.

Inhalt

Kassenabrechnung

- Genehmigung bei kurativer Mammographie vereinfacht 2
- Weitere Indikationen für PET-/CT-Untersuchungen werden in den EBM aufgenommen 2

Praxisführung

- Datenschutzrecht für Ärzte unzureichend geklärt 3

Sozialversicherungsrecht

- Honorar-Radiologe insbesondere wegen Klinik-Einbindung sozialversicherungspflichtig 5

Klinikmanagement

- Möglichkeiten und Grenzen einer strukturierten Kodierrevision 6

Downloads

- Mustervertrag des Honorararztes
- Fachbeitrag „Abgrenzung von Freiberuflern und abhängig Beschäftigten“

Qualitätssicherung

Genehmigung bei kurativer Mammographie vereinfacht

Seit dem 01.10.2018 ist das Genehmigungs- und Prüfverfahren für die Durchführung der kurativen Mammographie vereinfacht.

Zum einen wurde der Nachweis der apparativen Voraussetzungen erleichtert: Ärzte benötigen neben der Gewährleistungserklärung des Herstellers entweder eine Genehmigung nach der Röntgenverordnung oder eine Anzeigenbestätigung der hierfür im jeweiligen Bundesland zuständigen Behörde. Liegt eine Bestätigung nicht vor, können Ärzte auch die für das Anzeigeverfahren eingereichten Unterlagen sowie eine Erklärung, dass der Betrieb durch die Behörde nicht untersagt wurde, bei ihrer KV einreichen.

Zum anderen werden jetzt Fall-sammelprüfungen, die erfolgreich im Mammographie-Screening-Programm absolviert wurden, als Genehmigungsvoraussetzung für den Bereich der kurativen Mammographie anerkannt. Sie werden auch als Voraussetzung für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung akzeptiert. In diesem Zusammenhang weist die KBV darauf hin, dass Neuzulassungen ab dem Jahr 2022 nur noch für digitale Mammographiegeräte möglich sind. Geräte, die bis zum 31.12.2021 genehmigt werden, können allerdings auch danach weiter verwendet werden.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Informationen der KBV online unter www.kbv.de/html/1150_37516.php

G-BA

Weitere Indikationen für PET-/CT-Untersuchungen werden in den EBM aufgenommen

Der G-BA hat am 17.05.2018 beschlossen, die Indikationen für PET bzw. PET/CT um den Einsatz zum Interim-Staging (Stadienzuordnung nach Vorbehandlung) bei fortgeschrittenen Hodgkin-Lymphomen und den Einsatz bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen zu erweitern. Nach Inkrafttreten des Beschlusses ist nun der Bewertungsausschuss für die Umsetzung zuständig.

Bewertungsausschuss ist am Zug

Der G-BA-Beschluss ist am 08.08.2018 in Kraft getreten. Als Kassenleistung können die Untersuchungen erst dann erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung in den EBM aufgenommen wurde. Dafür hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten des Beschlusses Zeit. Eine Ergänzung der bestehenden Qualitätssicherungs-Vereinbarung ist vorgesehen.

Non-Hodgkin-Lymphome: Beratungsverfahren noch ausgesetzt

Das Beratungsverfahren im G-BA zu PET-/CT-Untersuchungen bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen (Interim-Staging) bleibt bis zum Jahr 2021 ausgesetzt. Der G-BA will noch Studienergebnisse abwarten, um eine abschließende Entscheidung treffen zu können.

Initiales Staging bei Hodgkin-Lymphomen

Mit Beschluss vom 18.10.2018 hat der G-BA die Indikationsliste für PET-/CT-Untersuchungen um das initiale Staging bei Hodgkin-Lymphomen erweitert. Mit dieser Untersuchung soll eine möglichst exakte Stadienein-

teilung erreicht werden, die entscheidend für den Erfolg einer Therapie ist. Dabei wird auch überprüft, ob das Knochenmark befallen ist, ohne eine invasive Knochenmarkpunktion durchzuführen. Der Beschluss wird vom Bundesgesundheitsministerium geprüft und tritt bei Nichtbeanstandung am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- G-BA-Beschluss online abrufbar auf www.g-ba.de unter „Beschlüsse“

Impressum

Herausgeber
 Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag
 IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
 Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion
 Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),
 Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (Redakteur, verantwortlich)

Lieferung
 Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose
 Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis
 Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Praxisführung

Datenschutzrecht für Ärzte unzureichend geklärt

Der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) liegt ein „one-fits-all-approach“ zugrunde. Dieses allumfassende Einheitskonzept bereitet einzelnen Wirtschaftszweigen weiterhin erhebliche Anwendungsschwierigkeiten. Inzwischen liegen erste Aussagen zu drängenden Datenschutz-Problemen der Gesundheitswirtschaft vor. Doch nicht alle Fragen sind hinreichend geklärt.

von RA Dr. Tim Oehler,
Lehrbeauftragter der Universität
Witten/Herdecke, Wallenhorst

Datenschutzbeauftragte in der Arztpraxis

Die Frage, wann Arztpraxen einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen haben, lag bisher weitgehend im Dunkeln. Art. 37 Abs. 1 c) DS-GVO gibt vor, dass ein Datenschutzbeauftragter zu benennen ist, wenn die Kerntätigkeit des Verantwortlichen in der umfangreichen Verarbeitung besonderer Kategorien von Daten besteht, wie es bei einer ärztlichen Behandlung grds. der Fall ist. Damit liegt die Vermutung nahe, dass mit der Arztstätigkeit zugleich und unausweichlich die Bestellpflicht eines Datenschutzbeauftragten verbunden ist. Zusätzlich gibt § 38 Bundes-Datenschutzgesetz (BDSG) vor, einen Datenschutzbeauftragten zu benennen, soweit i. d. R. mindestens zehn Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind.

Für Einzel-Arztpraxen gilt die Zehn-Personen-Regel

Zusammengenommen haben diese Vorgaben aus Art. 37 DS-GVO und § 38 BDSG die sog. Datenschutz-

Konferenz auf deutscher Ebene zum Beschluss vom 26.04.2018 veranlasst. Demnach ist ein Datenschutzbeauftragter gemäß § 38 BDSG im Falle einer Einzel-Arztpraxis zu benennen, in der mindestens zehn Personen (einschließlich des Praxisinhabers!) mit der regelmäßigen Verarbeitung von Personendaten beschäftigt sind.

Gemeinsames Praktizieren: Kein Zwang zum Datenschutzbeauftragten

Auch das gemeinsame Praktizieren von Ärzten führt nicht per se dazu, schon von einer umfangreichen Verarbeitung besonderer Personendaten auszugehen. Nur ausnahmsweise kann bei den Kooperationsformen der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder Praxisgemeinschaft und einer geringeren Anzahl als zehn Personen dennoch ein Datenschutzbeauftragter zu benennen sein. Diese Ausnahmesituation tritt ein, wenn mit einem hohen Risiko für die Rechte und Freiheiten bei der Datenverarbeitung zu rechnen ist. Dieses hohe Risiko wird bei einer umfangreichen Verarbeitung (z. B. große Praxisgemeinschaft) oder z. B. beim Einsatz von neuen Technologien, die ein hohes Risiko mit sich bringen, bejaht.

Allerdings bestehen Zweifel, ob die Datenschutz-Konferenz die Unterschiede in den Kooperationsformen beim gemeinsamen Praktizieren von Ärzten vollständig berücksichtigt hat.

Patienten-Unterschrift für eine Vertragsarzt-Behandlung

Man kann die unklare datenschutzrechtliche Lage zusammenbringen mit dem Phänomen, dass Ärzte ihren Patienten Unterschriften für die Kenntnisnahme der Informationen nach Art. 13 DS-GVO abverlangen. Verweigern die Patienten diese „Quittierung“, sollen Ärzte die Behandlung mittlerweile ablehnen oder dies mindestens androhen. Die Datenschutz-Aufsichtsbehörden stufen dieses Vorgehen als unvereinbar mit der DS-GVO ein.

Informationen für Patienten nur „zur Kenntnis“

Der Art. 13 DS-GVO verpflichtet den z. B. in einer Einzelpraxis tätigen Arzt dazu, Patienteninformationen zur Verfügung zu stellen. Ist der Patient unmittelbare Datenquelle, muss der Arzt u. a. über die Kontaktdaten des Praxis-Betreibers, die Zwecke der Datenverarbeitung (Durchführung des Behandlungsvertrags) und die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung informieren. Mit der Informationspflicht (zur Verfügung stellen, vgl. Art. 13 Abs. 2 und Abs. 3 DS-GVO) geht jedoch keine Kenntnisnahmepflicht des Patienten einher.

Nachweis ist nicht eng

Dass der Arzt seinen Informationspflichten nachkommt, muss er gemäß Art. 24 Abs. 1 DS-GVO nachweisen können. Nach dem Zusammenschluss der Aufsichtsbehörden kann er diesen Nachweis auf unterschiedlichen Wegen führen. Eine Möglich-

keit ist es, das übliche Procedere zur Realisierung der Informationspflichten nach Art. 13 DS-GVO schriftlich festzuhalten.

Eine weitere Variante besteht darin, in der Patienten-Dokumentation das Aushändigen der Informationen nach Art. 13 DS-GVO zu notieren. Damit ist die Anfrage nach einer Unterschrift des Patienten eine zusätzliche Spielart, die jedoch nicht alternativlos ist. Erst recht ist der Patient nicht verpflichtet, seinen subjektiven Kenntnisstand zu den Informationen zu quittieren.

Merke

Der Arzt muss den subjektiven Kenntnisstand des Patienten zur Datenverarbeitung nicht nachweisen, sondern nur die rechtzeitige Bereitstellung der geforderten Informationen. Diesen Nachweis wiederum muss er auch nicht durch eine Patientenunterschrift unter ein Schriftstück führen, die den Erhalt der Informationen quittiert.

Ablehnung der Behandlung ist unberechtigt

Wie sich gezeigt hat, besteht also kein datenschutzrechtlicher Grund für die (Androhung einer) Behandlungsverweigerung. Dies hat zur Folge, dass die Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten durch Vertragsärzte nicht verweigert werden darf, weil der Patient seine Unterschrift bzgl. der Bestätigung der Kenntnisnahme der Informationen verweigert. Geschieht dies dennoch, liegt ein Verstoß gegen § 13 Abs. 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte vor.

Informationen bei Regressverfahren

Auf eine bisher unbekannte, „unerwünschte Nebenwirkung“ der

DS-GVO für das Arzt-Patienten-Verhältnis im Rahmen von sachlich-rechtlichen Berichtigungen oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KV und ggf. den Beschwerdeausschuss (BA) hat Sozialrichter Fabian Elsaesser hingewiesen.

Patientenakten anfordern, Patienten informieren

In beiden Honorarkorrektur-Verfahren werden die Abrechnungsunterlagen einzelner Patienten geprüft. Diese Sichtung patientenbezogener Unterlagen setzt sich bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem geprüften Arzt und der KV oder dem BA in einem Sozialgerichtsverfahren regelmäßig fort: Das Sozialgericht zieht nämlich die behördlichen Verwaltungsakten (der KV/des BAes) mit diesen Dokumenten bei. Mit dieser Heranziehung sind für das Sozialgericht datenschutzrechtliche Pflichten verbunden.

Aus Art. 14 DS-GVO erwächst die Pflicht – sofern Daten nicht bei der betroffenen Person direkt erhoben werden – ,dem Patienten die in Art. 14 DS-GVO genannten Informationen zur Verfügung zu stellen. Zu diesen Informationen gehört der Zweck der Datenverarbeitung.

Merke

Jeder Patient, der Gegenstand des „Abrechnungstreits“ ist, müsste Nachricht von laufenden Gerichts- und Regressverfahren des Arztes erhalten.

Kenntnis von Regressverfahren als Last

Diese an den Patienten gerichteten Informationen über Regressverfahren des Arztes können das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten. Bestenfalls

verwirrt den Patienten die Information über eine Kontroverse zwischen dem Arzt und der zuständigen Institution.

Identifiziert der Patient in Unkenntnis der Hintergründe diese Verfahren aber pauschal z. B. mit „Abrechnungsunregelmäßigkeiten“, eröffnet dies eine völlig andere Assoziationskette.

Sofern ein BA ins Spiel kommt, ist zudem die Frage der datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit zu beachten. Denn der BA agiert unabhängig von der KV und „haftet“ auch für die Frage der Richtigkeit seiner Entscheidungen, indem er der richtige Beklagte in einem Gerichtsverfahren zu seiner Entscheidung über seine Honorarkürzung ist. Daher muss der BA selbst bei der Anforderung von patientenbezogenen Abrechnungspositionen bei der KV den Informationspflichten nach Art. 14 DS-GVO Rechnung tragen.

Fazit

Die vorherigen Ausführungen bestätigen, wie schwierig die Anwendung des unspezifischen Datenschutzrechts für den „Wirtschaftsraum“ Medizin ist. Fehlende Spezialkenntnisse bei den beteiligten Aufsichtsbehörden, Entscheidungsgremien, Leistungserbringern oder Patienten können für alle Beteiligten schädliche Wirkungen haben. Sei es, dass Unkenntnis über das Datenschutzrecht oder Regressverfahren das Arzt-Patienten-Verhältnis unterminieren oder dass zumindest ungenaue Ausführungen der Aufsichtsbehörden zum Datenschutzrecht für zusätzliche Verunsicherung der Ärzte sorgen können.

Sozialversicherungsrecht**Honorar-Radiologe insbesondere wegen Klinik-Einbindung sozialversicherungspflichtig**

Bei Radiologen, die auf Honorararztbasis in einer Klinik tätig werden, stellt sich häufig die Frage nach der Sozialversicherungspflicht. Während Klinik und Arzt keine Sozialversicherungspflicht anstreben, nehmen die Sozialversicherungsträger u. U. andere Einstufungen vor. Im Fall eines über eine Agentur vermittelten Radiologen in einem städtischen Klinikum wurde entschieden, dass Entlohnung und organisatorische Einbindung in die Klinik für eine abhängige Beschäftigung spreche (Urteil des Landessozialgerichts [LSG] Niedersachsen-Bremen v. 26.10.2017, Az. L 1 R 511/14).

von RA, FA für Strafr Sascha Lübbersmann, Kanzlei Ammermann Knoche Boesing, Münster, www.kanzlei-akb.de

Der Fall

Im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens hat das klagende Klinikum um Klärung gebeten, ob der auf vertraglicher Honorararztbasis tätige externe Radiologe eine abhängige Beschäftigung ausübt und damit der Sozialversicherungspflicht unterliegt, oder aber – wie von den Vertragsparteien beabsichtigt – hierbei selbständig tätig ist. In diesem Fall wurde der Facharzt für Radiologie, der über eine Vermittlungsagentur zum Klinikum kam, basierend auf dem vorformulierten Vertragsmuster der Agentur auf Stundenlohnbasis vergütet, und zwar für Tagesdienste, Bereitschaftsdienste und auch Rufbereitschaftsdienste (100 Euro/h, bzw. 50 Euro/h und 30 Euro/h). Die Tätigkeit des Radiologen war von der Rentenversicherung (DRV) als abhängige, versicherungspflichtige Beschäftigung eingestuft worden. Das

angerufene Sozialgericht gelangte in erster Instanz zum gegenteiligen Resultat. Hiergegen ging der Sozialversicherungsträger in Berufung.

Gründe für die Entscheidung

Das LSG Niedersachsen-Bremen bestätigte im Gegensatz zur Vorinstanz die sozialversicherungsrechtliche Einstufung der Rentenversicherung, und begründete die Annahme einer abhängigen Beschäftigung vor allem und vorrangig mit nachfolgenden Umständen:

- Der Radiologe sei in einen fremden Betrieb – den des städtischen Klinikums – eingegliedert gewesen. Dies resultiere nicht bereits daraus, dass er seine vertraglich geschuldete Tätigkeit nur in deren Räumlichkeiten verrichtete. Ausschlaggebend sei aber, dass er dort die radiologischen Anlagen des Klinikums wie auch das zuarbeitende Personal der Röntgenabteilung unentgeltlich nutzen konnte (anders als z. B. privat liquidierende Chefärzte der Klinik).

- Für die abhängige Beschäftigung spreche auch, dass der radiologische Honorararzt seine Leistungen nicht selbst, sondern – bei kostenloser Nutzung der Klinikinfrastruktur – über die Klinik abgerechnet habe.
- Nicht entscheidend sei, dass der Radiologe nicht selbst unmittelbar Patienten behandelt habe, auf keiner Station tätig gewesen sei, nicht an Visiten teilgenommen habe, keine anderen Ärzte vertreten habe, keine Arztbriefe geschrieben habe und weder an Aufnahmen noch an Entlassungen von Patienten beteiligt war. Denn er habe, über die Tätigkeit der im vorhinein vereinbarten Tagesdienste für radiologische Befundungen hinaus, auch umfangreiche Bereitschaftsdienste übernommen. Gerade die Übernahme dieser Dienste sei ein deutliches Indiz für die Einbindung in die Klinikorganisation.
- Zudem war er in den – wenn auch vorab frei vereinbarten – Dienstzeiten zwangsläufig in den Dienstbetrieb eingebunden.
- Aufgrund der getroffenen Stundenlohnbonorierung fehle es zudem evident an jedwedem Unternehmensrisiko. Anders als bei einem niedergelassenen Radiologen bestand für ihn nämlich im Falle geringeren Umsatzes keine finanzielle Gefahr, Anschaffungs- und Betriebskosten von Praxis und Geräten nicht refinanzieren zu können.

Fazit

Für Kliniken und Honorarärzte bleibt die Lage angesichts dieser weiteren Entscheidung zur Sozialversicherungspflicht des honorarärztlich tätigen Radiologen äußerst unbefriedigend. Solche Urteile tragen mitnichten zur Rechtssicherheit bei.

Die einzelnen Judikate und Entscheidungen sind schlicht nicht vorhersehbar. Die Annahme der Selbstständigkeit stellt im aktuellen Meinungsspektrum der Sozialgerichte aber eine klare Ausnahme dar. Auch die aktuellen Prüfungshinweise der Rentenversicherung gehen inzwischen schon fast apodiktisch von einer Unvereinbarkeit selbstständiger Tätigkeit mit einer ärztlich gebotenen Einbindung in Klinikabläufe aus.

Der Gesetzgeber hat dieses Dilemma lediglich für Honorar-Notärzte durch Klarstellung in § 23c Abs. 2 SGB IV behoben, nicht aber für andere Honorarärzte. Es bleibt abzuwarten, ob in naher Zukunft ggf. das Bundessozialgericht der Rechtsprechung hierzu eine Wendung gibt, indem es nunmehr auch vorrangig die vereinbarte Vergütungshöhe als maßgebliches Abgrenzungskriterium berücksichtigt. Erst Andeutungen in diese Richtung gibt es bereits.

Praxistipp

Da eine rechtsfehlerhaft vorgenommene Behandlung als sozialversicherungsfrei ex post erheblich nachteilige Konsequenzen auf vielfältigen Ebenen nach sich ziehen kann (Nachverbeitragung, Säumniszuschläge, Lohnsteuerhaftung auf Basis der Steuerklasse 6, Hinterziehungszinsen, Beitragsstrafbarkeit, Steuerstraftaten etc.), sollten aus Gründen der Compliance heutzutage keine externen Honorarärzte mehr vom Krankenhaus als selbstständig tätig behandelt werden, wenn man sich nicht hierfür im jeweiligen Einzelfall auf einen positiven Bescheid eines ex ante durchgeführten **Statusfeststellungsverfahrens** stützen kann.

Steuerung im Krankenhaus

Möglichkeiten und Grenzen einer strukturierten Kodierrevision

Idealerweise behandeln im Krankenhaus die Ärzte die Patienten und die Betriebswirte befassen sich mit Controlling und Kostenmanagement. Schnittstelle zwischen beiden Aufgabenfeldern ist die Kodierung: Sie überführt die ärztliche Dokumentation in Informationen für die Abrechnung. Trotz dieser Mittlerfunktion wird die Kodierung häufig viel zu wenig beachtet. Eine Kodierrevision gibt Aufschluss darüber, wie gut Ihre Klinik bzw. Ihre Fachabteilung die Arbeit in Form wirtschaftlich nutzbarer Daten abbildet.

Die Ausgangssituation in vielen Kliniken

In vielen Kliniken bzw. Fachabteilungen liegt die Kodierung der operativen oder interventionellen Prozeduren in Form der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) immer noch in der Verantwortung der Behandler bzw. Operateure selbst. Diese eignen sich ihre Kenntnisse häufig autodidaktisch an und orientieren sich an Kollegen mit vermeintlich oder tatsächlich größerer Erfahrung. Diese Einarbeitung folgt bei Weitem nicht in allen Kliniken einer definierten und gelebten Struktur.

Eine Prüfung auf Vollständigkeit, Beachtung der Deutschen Kodierrichtlinien oder auch der Aktualität der Kodierung findet auf dieser Ebene kaum statt.

Die klinische Kodierung von Diagnosen ist seit Jahren in vielen Kliniken die Domäne der „Kodierfachkräfte“. Diese ermitteln die Abbildung von Haupt- und Nebendiagnosen anhand der ärztlichen und pflegerischen Dokumentation aus den Patientenunterlagen.

von Priv.-Doz. Dr. med. Dominik Franz und Andreas Wenke, Franz und Wenke – Beratung im Gesundheitswesen GbR, Münster

Unter den Kodierfachkräften ist der Anteil an Mitarbeitern, die strukturiert und regelmäßig fort- und weitergebildet werden, i. d. R. deutlich höher als in der Ärzteschaft. Doch auch hier gibt es zwischen den Krankenhäusern erhebliche Unterschiede.

Oft ist ein „DRG-Beauftragter“ für die Kodierung verantwortlich. Er kontrolliert die Kodierung und gibt die Fälle zur Abrechnung frei. I. d. R. handelt es sich um einen Oberarzt, der sich die notwendigen Kenntnisse (z. T. durch Schulungen, z. T. autodidaktisch) angeeignet hat. Aus Zeitgründen kann er die abzuschließenden Fälle nur selten (bzw. überhaupt nicht) gründlich prüfen.

Nutzen einer Kodierrevision

Durch die Zunahme des ökonomischen Drucks auf die Krankenhäuser fragen sich immer mehr Chefärzte, ob ihre Klinik/Fachabteilung hinsichtlich der Abbildung der

medizinischen Diagnosen und Prozeduren gut aufgestellt ist:

- Sind die notwendigen Kenntnisse (vor allem bei Operateuren) vorhanden?
- Werden eventuell relevante Informationen durch die Kodierung nicht bzw. nicht vollumfänglich erfasst und gehen so im Laufe des Bearbeitungsprozesses verloren?
- Sind die Strukturen und Prozesse effizient gestaltet?

Die Antwort auf diese Fragen liefert eine **Kodierrevision**. Eine Kodierrevision ist, allgemein definiert, eine strukturierte Analyse der Dokumentations- und Kodierqualität einer Klinik/Fachabteilung.

Bewertungsziele einer Kodierrevision

- Sind alle erbrachten medizinischen Prozeduren bzw. alle Diagnosen aus der ärztlichen/pflegerischen Dokumentation vollständig ableitbar?
- Ist die Kodierung sach- und leistungsgerecht?
- Werden bei der Kodierung die Deutschen Kodierrichtlinien berücksichtigt?

Eine Kodierrevision sollte sich nicht nur auf Teilaspekte des Kodierungsprozesses beschränken (z. B. auf die Kodierung von Diagnosen durch die Kodierfachkräfte). Sie sollte möglichst den kompletten Prozess der Dokumentation und der klinischen Kodierung analysieren. Insbesondere die Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten spielen in diesem Zusammenhang eine große Rolle.

Merke

Erfahrungsgemäß weist die Kodierung als wichtige interdisziplinäre Schnittstelle nur einen geringen Organisationsgrad und ein hohes Maß an Heterogenität in den einzelnen Kliniken/Fachabteilungen auf. Neben Leistungen, die nicht dokumentiert werden, sorgt auch eine unvollständige bzw. fehlerhafte Kodierung dafür, dass viele Kliniken/Fachabteilungen Geld verschenken.

sodass sie in jeder Klinik ohne zusätzliche Datenerhebung verfügbar sind.

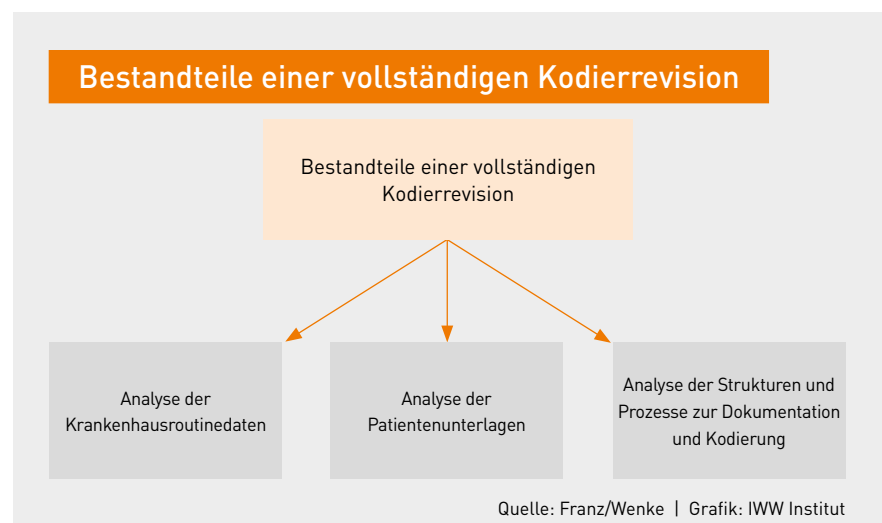
Weitere Datenquellen können je nach individueller Fragestellung und Datenverfügbarkeit hinzugezogen werden (z. B. Daten aus dem MDK-Management). Die Analyse liefert einen wesentlichen Überblick über die Kodierung in der Klinik/Fachabteilung und ermöglicht erste Aussagen zur Kodierqualität und zum Leistungsspektrum bzw. zur Komorbidität der Patienten.

So läuft eine Kodierrevision ab

Eine vollständige Kodierrevision gliedert sich i. d. R. in die drei folgenden Schritte.

Erste Vergleiche mit den entsprechenden Zahlen des deutschen DRG-Instituts (InEK) oder andere Benchmarks sind hier schon möglich.

Bestandteile einer vollständigen Kodierrevision



1. Analyse der Krankenhausroutinedaten

Die Analyse der Krankenhausroutinedaten sollte mindestens den Datensatz im Format gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) für einen möglichst aktuellen Zeitraum von zwölf Monaten vor der Analyse umfassen.

Diese Daten müssen durch jedes Krankenhaus erhoben werden,

2. Analyse der Patientenunterlagen

Im nächsten Schritt ist zu kontrollieren, wie vollständig die ärztliche und pflegerische Dokumentation in die Kodierung übertragen wird. Dies geschieht durch die Prüfung von Patientenakten.

Diese Unterlagen lassen sich in die folgenden Kategorien einordnen:

- Häufige Fallkonstellationen der Klinik/Fachabteilung

- bezogen auf die Anzahl der behandelten Fälle
- bezogen auf die ökonomische Fallschwere (Casemix)
- Seltenerer Fälle (anfällig für Kodierfehler)
- Hohteure Fälle (erhebliche Ausfallrisiken)
- Ergänzend möglich: Analyse des Verweildauer- und Entlassmanagements der Klinik/Fachabteilung

Wichtig

Die Anzahl der zu analysierenden Patientenakten hängt im Wesentlichen von der Fragestellung und dem Wunsch nach einer Hochrechnung der Ergebnisse ab.

3. Analyse der Strukturen und Prozesse zur Dokumentation und Kodierung

Anschließend sollten Strukturen und Prozesse innerhalb der Fachabteilung und der angrenzenden Organisationseinheiten analysiert werden, die zur Dokumentation und zur Kodierung beitragen. Dazu gehören z. B.

- Medizincontrolling
- Apotheke
- Transfusionsmedizin
- Intensivstation
- IT-Abteilung
- Patientenmanagement
- Casemanagement
- Abrechnung

Hierbei können strukturierte Befragungen der mit den jeweiligen Tätigkeiten beauftragten Mitarbeiter sehr hilf- und aufschlussreich sein. Oftmals lassen sich durch diesen Abschnitt der Kodierrevision organisatorische, strukturelle oder z. B. auch räumliche Hindernisse aufdecken. Werden diese Hinder-

nisse beseitigt, können viele Arbeitsabläufe stringenter und effizienter gestaltet werden. Das erhöht die Zufriedenheit der Mitarbeiter, die mit diesen Abläufen betraut sind.

Ergebnisse der Kodierrevision führen zur Optimierung

Die Ergebnisse der Kodierrevision münden idealerweise in konkrete Vorschläge zur Optimierung der bisherigen Situation ein, wie z. B.:

- Qualifizierungsmaßnahmen
- Neuordnung von Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten
- Etablierung einer ausreichenden Vertretungsstruktur
- Umstrukturierung des „Aktenflusses“

Eine Re-Evaluation der veränderten Situation nach ca. zwölf Monaten ist empfehlenswert, um die Nachhaltigkeit der Maßnahme zu erhöhen.

Fazit

Die Schnittstelle der Dokumentation und der klinischen Kodierung ist ein bislang im Vergleich zu anderen Organisationsstrukturen im Krankenhaus wenig beachteter Bereich. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind in der Regel heterogen. Die interprofessionelle Kommunikation zwischen den Beteiligten der verschiedenen Berufsgruppen ist von variabler Qualität.

Sie als Chefarzt einer Klinik/radiologischen Fachabteilung sollten die Organisation, die Strukturen und die Qualität der Dokumentation und der klinischen Kodierung regelmäßig hinterfragen. Über-, Unter- und Fehldokumentationen können sich Kliniken vor dem Hintergrund einer Zunahme des ökonomischen Drucks und einer wachsenden Prüfquote durch den MDK nicht leisten.

Die Durchführung einer Kodierrevision erlaubt eine entsprechende Bewertung der Dokumentations- und Kodierqualität und kann darüber hinaus weitere Fragen (z. B. zum Verweildauer- und Entlassungsmanagement) beantworten. Durch entsprechende Umstrukturierungen lassen sich Effizienzreserven heben. So können sich die jeweiligen Berufsgruppen auf ihre Kernprozesse konzentrieren. Dadurch werden Prozesse optimiert und die Mitarbeiterzufriedenheit wird erhöht.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Die Franz und Wenke – Beratung im Gesundheitswesen GbR bietet Beratungsleistungen rund um die ökonomischen Belange der ambulanten und stationären Leistungserbringung sowie die Markteinführung und Betreuung von Produkten aus Pharmazie und Medizintechnik: www.dasgesundheitswesen.de
- „Kostensteuerung zwischen den Abteilungen oder: Wie viel kostet ein CT-Abdomen?“ in RWF Nr. 7/2018
- „Es gibt kein perfektes Erlössteuerungs-Modell“ in RWF Nr. 6/2018
- „Fallsteuerung – oder wem gehört der Fall?“ in RWF Nr. 5/2018
- „Hohe Dokumentationspflichten des Chefarztes auch für die Abrechnung“ in RWF Nr. 9/2014