



Foto: XtravaganT – Fotolia

# Vereinbarung zur Durchführung von MDK-Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V (PrüfvV)

## Stellungnahme der Arbeitsgruppe Schlichtungsausschuss der DGfM

**§ 1:** Das Verfahren wird als konsensorientiert beschrieben. Zudem soll es effizient sein, wobei unklar bleibt, für wen das Verfahren effizient sei und wie sich diese Effizienz darstellen lässt. Die Angaben von Fristen sind erste Hinweise für eine entsprechende Zielsetzung. Allerdings ist nach Ansicht der DGfM das in der Vereinbarung geregelte Vorverfahren in Verbindung mit dem Falldialog mit einem deutlich höheren Aufwand als im bisherigen Verfahren verbunden.

**§ 2:** Es wäre aus Sicht der DGfM wünschenswert, wenn für andere Rechnungsprüfungen (PKV, BG) ein identisches Prüfverfahren vereinbart werden könnte. Dies würde innerhalb des Krankenhausbetriebs für eine deutliche Verbesserung der internen Abläufe sorgen.

### Mangelnde Definition

**§ 3:** Die Wirtschaftlichkeit bei der Rechnungsprüfung wird an erster Stelle genannt. Allerdings wird keine Aussage dazu getroffen, wie dieser Begriff zu verstehen ist. Handelt es sich hierbei um die gesamte Betrachtung eines Krankheitsverlaufes inklusive aller ambulanten und stationären Maßnahmen oder ist damit nur der Rechnungsbetrag der stationären Krankenhausbehandlung gemeint?

Ziel sollte aber die Senkung von Gesamtkosten und nicht nur die Senkung von Teilbereichen ohne Reflektion auf die Gesamtkosten sein. Ergänzend verweisen wir auf die Ergebnisse der DGfM-Arbeitsgruppe „Wirtschaftlichkeit“, die auf der Homepage der DGfM veröffentlicht sind.

Weiter ist problematisch, dass die Prüfung auf Grundlage der Daten erfolgen soll, die von den Kran-

*Die Prüfverfahrensvereinbarung birgt aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling noch einige Unklarheiten. So mangelt es an einigen Stellen zum Beispiel an klaren Definitionen. Auch geht oft nicht klar hervor, wie bestimmte Prozesse nun genau ablaufen sollen. Ebenso wird das Thema Datenschutz, nach Meinung der DGfM, nicht ausreichend berücksichtigt. Nachfolgend lesen Sie die detaillierte Ausführung der Stellungnahme.*

kenhäusern nach § 301 SGB V korrekt und vollständig zu übermitteln sind. Im Licht der jüngsten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts muss es daher in vielen Fällen offen bleiben, ob die übermittelten Daten vollständig sind. In den entsprechenden Urteilen des BSGs wurden die ursprünglich im Sozialgesetzbuch enume- ▶

rativ aufgeführten Positionen erweitert. Als Beispiel soll hier nur die Begründung für die stationäre Behandlung bei stationersetzenden Maßnahmen genannt werden. So sehr es wünschenswert wäre, dass die entsprechenden Daten korrekt und vollständig übermittelt werden, so bleibt dennoch das Problem bestehen, wer die Deutungshoheit über die Begriffe Korrektheit und Vollständigkeit innehat.

Die bis jetzt bekannten unterschiedlichen Umsetzungshinweise seitens des GKV-Spitzenverbandes und der DKG bringen hierzu keine Klarheit.

Diese Problematik betrifft auch den Punkt der vollständigen Erfüllung der Mitwirkungsobliegen-



Dr. Erwin Horndasch  
Generalsekretär  
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling,  
Heidelberg



Michael Chudy  
Beirat  
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling,  
Heidelberg

heiten aus dem § 301 SGB V und den ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Auch hier ist nicht geregelt, wann und unter welchen Umständen diese Mitwirkungsobliegenheiten vollständig erfüllt sind. Es wird sich für viele Krankenhäuser die Frage stellen, wann die Datenübermittlung aufhört und wann die Prüfung anfängt.

Eine Möglichkeit wäre die Quitting der Vollständigkeit durch den zuständigen Kostenträger. Hier sollte von der Selbstverwaltung bei der Weiterentwicklung der Datenübermittlung nach § 301 SGB V ein entsprechendes Segment geschaffen werden.

## Paradigmenwechsel

**§ 4:** An erster Stelle wird hier die Wirtschaftlichkeit genannt. Dies ist aus Sicht der DGfM ein Paradigmenwechsel. Während bei der Einführung des Fallpauschalensystems die Prüfung der Abrechnung im Sinne einer Überprüfung der korrekten Kodierung im Vordergrund stand, handelt es sich nun um eine umfassende Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht nur im Einzelfall. Dabei ist die Rechnungsprüfung von Krankenhausbehandlungsfällen nunmehr zur Fehlbelegungsprüfung mutiert. Die Nennung der Auffälligkeiten durch die Krankenkasse an das Krankenhaus *so konkret wie möglich* wäre aus Sicht der DGfM verzichtbar gewesen. Entscheidend für das Krankenhaus ist die Frage, welche Nebendiagnose oder welche Prozedur im Einzelfall geprüft werden, um sich darauf vorzubereiten.

Obwohl nach Ansicht des Gesetzgebers eine Prüfung nur bei konkreten Auffälligkeiten zulässig sein soll, wird in der Vereinbarung explizit eine Vollprüfung der Abrechnung (alle abrechnungsrelevanten Diagnosen/Prozeduren etc.) genannt. Aus Sicht der DGfM ist damit zu befürchten, dass Vollprüfungen zur Kodierung und der primären und sekundären Behandlungsnotwendigkeit über Gebühr zunehmen und zu einem deutlich erhöhten Aufwand führen werden. Die jüngste Rechtsprechung des BSGs (Prüfungen sind innerhalb der Verjährung jederzeit zulässig) bestärkt diese Befürchtungen.

Erwähnenswert aus Sicht der DGfM ist auch, dass im § 4 explizit die medizinische Indikation als Grundlage für eine Abrechnungsprüfung genannt wird. Damit ist aus Sicht der DGfM auch mit einer Zunahme von so genannten Indikationsprüfungen bei Krankenhausbehandlungsfällen zu rechnen.

## Fehlende Begriffe

**§ 5:** Hier vermisst die DGfM eine Definition oder Klarstellung des Begriffs Vorverfahren. Es wird lediglich dargestellt, wie nach Einleitung eines Vorverfahrens vorzugehen ist. Welche formalen Kriterien an ein Vorverfahren ge-

stellt werden, wird in der Vereinbarung nicht geregelt. So wird sich nach Ansicht der DGfM die Frage stellen, ob ein Vorverfahren einseitig durch das Krankenhaus oder durch die Krankenkasse eingeleitet werden kann, auch wenn der entsprechende Gegenpart an einem Vorverfahren kein Interesse hat oder ein solches ablehnt. Kritisch ist aus Sicht der DGfM auch der Begriff eines korrigierten oder eines ergänzten Datensatzes zu sehen. Bislang ist es so geregelt, dass bei einer Änderung von Datensätzen die bisherige Rechnung storniert und eine Neuberechnung durchgeführt wird. Warum werden in der Vereinbarung die Begriffe Stornierung und Neuberechnung an keiner Stelle, dafür die Begriffe Korrektur und Datensatzergänzung mehrfach genannt?

Ist eine Stornierung und Neuberechnung in jedem Fall mit einer Korrektur, bzw. Ergänzung des Datensatzes gleichzusetzen?

Ein weiterer Begriff, der im § 5 genannt und nicht erläutert wird, ist der Begriff des Falldialogs. Auch hier vermisst die DGfM eine Klarstellung, welche Inhalte in einem Falldialog zwischen Krankenkasse und Krankenhaus besprochen werden dürfen. Insbesondere die Aspekte des Datenschutzes werden hier elementar berührt.

Die DGfM kann nur allen Beteiligten (sowohl auf Krankenkassen- als auch auf Krankenhausseite) dringend empfehlen hier klare betriebsinterne Regelungen zu schaffen.

## Thema Datenschutz

So ist es durchaus vorstellbar, dass ein Mitarbeiter unter Berufung auf den Datenschutz keine oder nur unzureichende Informationen an seinen Gesprächspartner im Rahmen des Falldialogs weitergibt und bei einem entsprechend negativen Ausgang des Falldialogs diese Einstellung von Vorgesetzten kritisch beurteilt wird. Im anderen Fall kann es bei einer zu ausführlichen Preisgabe von Daten (wobei nicht geregelt ist, was zu ausführlich ist) zu entsprechenden (auch strafrechtlich relevanten) Problemen mit dem Datenschutz kommen.

Um die Mitarbeiter hier entsprechend abzusichern, und den Handlungsrahmen entsprechend positiv und negativ zu begrenzen, sind betriebsintern unbedingt strikte Vorgaben unter Einbeziehung der jeweiligen Geschäftsführungen und der Datenschutzbeauftragten erforderlich. Ebenfalls ungeklärt ist die Ausgestaltung des Falldialogs. Findet ein solcher Falldialog mündlich oder schriftlich statt? Erfolgt eine Protokollierung des Falldialogs? Wenn ja, von wem? Die im Abs. 6 genannte Erklärung des Krankenhauses oder der Krankenkasse wird auch ohne eine entsprechende Formvorschrift genannt. Reicht hierzu ein Telefonat oder bedarf es einer schriftlichen Übermittlung? Dieser Punkt ist deshalb wichtig, da sich an der Beendigung des Falldialogs entsprechende Fristen anschließen. Die einvernehmliche Fristverlängerung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sollte nach Ansicht der DGfM klargestellt werden, ob diese Fristverlänge-

rung nur im Einzelfall möglich ist oder ob auch eine generelle Fristverlängerung (zum Beispiel im Rahmen von Budgetverhandlungen) damit gemeint ist.

**§ 6:** Kritisch ist zu sehen, dass eine Erweiterung des Prüfanlasses durch den MDK möglich ist, ohne dass genau dargestellt wird, wann und in welcher Form diese Erweiterung dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Im Extremfall würde hier auch eine Erweiterung des Prüfanlasses im Rahmen einer Einzelfallprüfung vor Ort infrage kommen.

In diesen Fällen ist das Krankenhaus jedoch in den meisten Fällen nicht in der Lage, sich auf diese Erweiterung des Prüfanlasses entsprechend vorzubereiten. Hier ist deshalb aus Sicht der DGfM eine Klärung und gegebenenfalls die Nennung einer entsprechenden Frist erforderlich.

**Frist zur Zusendung von Unterlagen**

**§ 7:** Die genannte Frist zur Zusendung von Unterlagen an den MDK

wird besonders kritisch gesehen, da häufig erhebliche logistische Probleme bestehen. Oftmals sind zu diesem Zeitpunkt die Operationsberichte oder die Entlassungsberichte noch nicht finalisiert.

Andererseits muss die Frage erlaubt sein, wie Krankenhäuser ohne finalisierte Entlassungs- oder Operationsberichte eine korrekte Kodierung bewerkstelligen wollen.

Die Krankenhäuser müssen – sofern nicht bereits geschehen – ggf. umgehend eine Verbesserung der internen Prozesse in die Wege leiten. Damit wäre auch eine Verbesserung der Kodierung (im Sinne von vollständig und korrekt) verbunden.

Andererseits besteht auch die Möglichkeit, die Rechnung erst dann zu erstellen, wenn Entlassungsberichte, Operationsberichte oder sonstige Unterlagen komplett vorhanden sind. Als Nachteil dieser Lösung sind entsprechende Liquiditätsengpässe zu erwarten.



**conhIT**  
Connecting  
Healthcare IT  
Berlin, 14.–16. April 2015

Die conhIT wächst von Jahr zu Jahr, sowohl auf der Messefläche als auch hinsichtlich des Veranstaltungsangebots. Als Garant für eine hochwertige Weiterbildung in Kongress und Akademie sowie für erfolgreiches und informatives Networking zieht sie jedes Jahr mehr zufriedene Teilnehmer an.

Prof. Dr. Paul Schmücker, Hochschule Mannheim / Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e. V.

Industrie-Messe +++ Kongress +++ Akademie +++ Networking

**Nur bis zum 6. März 2015!**  
Kostenloses Messticket auf [www.conhit.de](http://www.conhit.de)

GOLD-Partner



SILBER-Partner



Veranstalter



Organisation



In Kooperation mit



Unter Mitwirkung von



Negativ zu sehen ist auch der Punkt, dass bei einem fehlenden Versand nur der Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbeitrag besteht. Damit besteht aus Sicht der DGfM die Möglichkeit, dass als standardisierter Prüfgrund die primäre Fehlbelegung von den Krankenkassen mit angegeben wird und damit bei fehlenden Unterlagen die Bezahlung der kompletten Rechnung (auch bei komplexen Krankenhausfällen!) verweigert werden kann. Ungeklärt ist auch der Umstand, wie zu verfahren ist, wenn nur eine Teillieferung der angeforderten Unterlagen möglich ist.

Unklar ist auch ebenfalls, ob die vom MDK angeforderten Unterlagen konkret benannt werden müssen oder ob die Krankenhäuser, die aus ihrer Sicht erforderlichen Unterlagen übermitteln müssen. In beiden Fällen besteht das Risiko, dass die falschen Unterlagen ausgewählt und damit nur eine Teillieferung angenommen wird (mit entsprechenden Konsequenzen).

Begrüßenswert aus Sicht der DGfM ist die in Abs. 3 geregelte Absichtserklärung, den elektronischen Versand zu organisieren und zu vereinbaren.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist, dass auch bei Prüfungen im schriftlichen Verfahren (Abs. 4) der persönliche, fachliche Austausch zwischen Krankenhaus und MDK erfolgen soll. Allerdings steht zu befürchten, dass diese Absichtserklärungen in naher Zukunft nicht umgesetzt werden. Bei den verkürzten Bearbeitungszeiten für den MDK ist hier eher eine Verschlechterung zu erwarten.

Ganz kritisch ist die Passage zu sehen, dass eine Korrektur von Datensätzen nur innerhalb von fünf Monaten möglich ist. Hier sind viele unnötige Auseinandersetzungen zu erwarten, wenn vom MDK in der Rechnungsprüfung ein ICD- oder OPS-Kode endständig geändert wird und das Krankenhaus diese Änderung auch akzeptiert. Geht das MDK-Gutachten dem Krankenhaus erst nach mehr als fünf Monaten zu, stellt sich die Frage: Geht dann der geänderte Code in eine neue Rechnung ein oder wird nur der alte Code gestrichen?

### Regelung in § 8 enttäuschend

**§ 8:** Die Regelung nach der dem Krankenhaus nur die wesentlichen Gründe für die Entscheidung der Krankenkasse mitzuteilen sind, ist enttäuschend. In vielen Bundesländern ist es bereits üblich, dass dem Krankenhaus das der Entscheidung der Krankenkasse zu Grunde liegende MDK-Gutachten übermittelt wird.

Damit kann sich das Krankenhaus deutlich besser mit der Entscheidung der Krankenkasse auseinandersetzen und entsprechende Reaktionen darauf vornehmen. Auch die Akzeptanz einer Änderung der Rechnung kann durch die Kenntnis des vollständigen Gutachtens erhöht werden.

Ein weiterer Aspekt, der in diesem Zusammenhang eine Bedeutung erlangen könnte, ist auch hier der Begriff des Datenschutzes.

Während im direkten Gespräch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse keine medizinischen Daten des Patienten an die Krankenkasse übermittelt werden dürfen, werden diese medizinischen Daten in den MDK-Gutachten mitunter ausführlich dargestellt.

Hier stellt sich für die DGfM die Frage, warum medizinische Daten vom Krankenhaus nicht an die Krankenkasse, vom MDK aber sehr wohl an die Krankenkasse übermittelt werden dürfen. Hier wäre bei nächster Gelegenheit eine Klarstellung im Gesetzgebungsverfahren wünschenswert. Vermisst wird in der Vereinbarung ein Passus zu den an vielen Orten praktizierten Widerspruchsverfahren. Aus Sicht der DGfM wäre es sinnvoll gewesen, grundlegende Aspekte eines Widerspruchsverfahrens zu skizzieren. Damit wäre auch hier die Möglichkeit gegeben, zumindest in Ansätzen, ein gleiches Verfahren in allen Bundesländern zu entwickeln.

**§ 9:** Dies normiert die bis dato von vielen Kostenträgern bereits praktizierte Aufrechnung und stellt damit keine wesentliche Neuerung dar.

**§ 10:** Ob bei der Abfassung des Paragraphen der Wunsch der Vater des Gedankens ist oder ob es hier tatsächlich zu einer Umset-

zung mit einer praktikablen Lösung kommt, bleibt abzuwarten.

**§ 11:** Die Klarstellung, dass die PrüfV über entsprechenden Landesverträgen steht, ist aus Sicht der DGfM zu begrüßen.

**§ 12:** Die kurze Laufzeit ist erfreulich, da rasche Nachbesserungen und Klarstellungen damit ermöglicht werden.

### Fazit

Aufgrund zahlreicher ungeklärter Rechtsbegriffe erfüllt die PrüfV, die in § 1 gestellten Ziele hinsichtlich Effizienz und Wirtschaftlichkeit des Prüfverfahrens eher nicht und sollte diesbezüglich nachgebessert werden. Die kurzen Fristen für die MDK-Bearbeitung werden größtenteils zu Lasten des MDK und der Krankenhäuser gehen, besonders dort, wo noch keine elektronische Archivierung von Krankenakten möglich ist. Die elektronische Akte wäre auch Voraussetzung für den raschen elektronischen Datenaustausch, der zwar wünschenswert, aber noch nicht flächendeckend umgesetzt ist. Die Verfahrensbeschleunigung wird sich daher voraussichtlich überwiegend zugunsten der Krankenkassen auswirken. Ob dies dann auch als effizient bezeichnet werden kann, wird von der Zahl der nachfolgenden Schlichtungsfälle und Klagen abhängen. Die Etablierung eines ausreichend dimensionierten Begründungsfeldes in die Datenübermittlung sollte für die nächste Auflage der Vereinbarung angestrebt werden. Abschließend bedauert die DGfM, dass DKG und GKV keine gemeinsame Umsetzungsempfehlung herausgeben konnten, sodass Konflikte vorprogrammiert sind.

Die DGfM wird das Verfahren weiter konstruktiv und kritisch begleiten. ■

Dr. Erwin Horndasch  
Michael Chudy

Deutsche Gesellschaft für  
Medizincontrolling e. V.  
Rohrbacher Straße 92/1  
69115 Heidelberg