



# Neuverhandlung Prüfverfahrensvereinbarung

*Nach der Kündigung der Prüfverfahrensvereinbarung durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft wurden neue Verhandlungen zwischen den Partnern der Selbstverwaltung erforderlich, um eine neue Vereinbarung abzuschließen. Die DGfM hat sich im Rahmen einer Blitzumfrage im Oktober 2015 einen Überblick verschafft, in welchen Bundesländern die Übermittlung der leistungsrechtlichen Entscheidung und die Begründung dieser Entscheidung, also die Gutachten des MDK den Medizincontrollern zur Kenntnis gelangen.*

**N**atürlich finden solche Verhandlungen wie die zur Prüfverfahrensvereinbarung hinter verschlossenen Türen statt, und es ist auch nicht zu erwarten, dass vom Stand der Verhandlung viele Inhalte nach draußen dringen werden. Es bleibt jedoch zu hoffen, dass die von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling angemerkten Kommentare (siehe KU 1/2015) in der derzeit noch gültigen Prüfverfahrensvereinbarung aufgegriffen werden und versucht wird, in dem einen oder anderen Fall eine praxistaugliche Regelung zu finden.



Dr. med. Erwin Horndasch  
Vorstandsvorsitzender der DGfM

Nachdem die Absichten zum Umsetzen eines elektronischen Verfahrens zur Datenübermittlung nur Absichten blieben und nicht in die Praxis umgesetzt wurden, tritt das Problem der Dokumentenübermittlung im täglichen Geschäft in den Vordergrund. So steht der MDK einerseits vor dem Problem, zielgerichtet Dokumente anzufordern, weiß oftmals aber nicht, in welchem Dokument in der Klinikdokumentation die Nachweise für eine Prozedur oder eine Nebendiagnose aufgeführt sind. Die entsprechenden Dokumente sind in jedem Krankenhaus unterschiedlich; auch die Bezeichnungen variieren. Ist bei der Anforderung von Laborbefunden die Mikrobiologie mit enthalten oder nicht? Beinhaltet die Anfrage von histologischen Befunden auch die zytologischen Untersuchungen? Ist der angeforderte Ressourcenverbrauch in der Pflegeplanung, im Pflegeverlauf oder im Pflegebericht zu finden? Oder in der Tageskurve, welche dann auch mal als Fieberkurve bezeichnet wird?

Der MDK hat deshalb die Wahl, entweder spezifische Unterlagen anzufordern (z.B. OP-Berichte, Entlassungsberichte, Verlaufsdocumentation) oder der Klinik die Auswahl der Unterlagen zu überlassen.

Im ersten Fall kann es dann sein, dass der Nachweis der Diagnose oder der Prozedur in diesen Unterlagen nicht enthalten ist, sondern dass sich der Nachweis z.B. aus einem Konsilbericht ergibt (der aber nicht angefordert und demzufolge auch nicht übermittelt wurde). Die Konsequenzen in Form der Streichung des Codes sind für alle klar.

Und wenn dann auch noch der nachgelagerte Falldialog (als Ersatz für ein Widerspruchsverfahren) fehlt, dann wird mit diesem vermeidbaren Problem ein Sozialgericht beschäftigt.

Andererseits weiß die Klinik, wenn sie denn eigenständig die Auswahl der (erforderlichen) Dokumente übernehmen soll, oft nicht, welche Unterlagen sie schicken soll. Aus den Erfahrungen der Begehungen ist bekannt, dass jeder Prüfer andere Maßstäbe für den Nachweis einer Prozedur anlegen kann. Um es beim Beispiel einer Transfusion zu be-

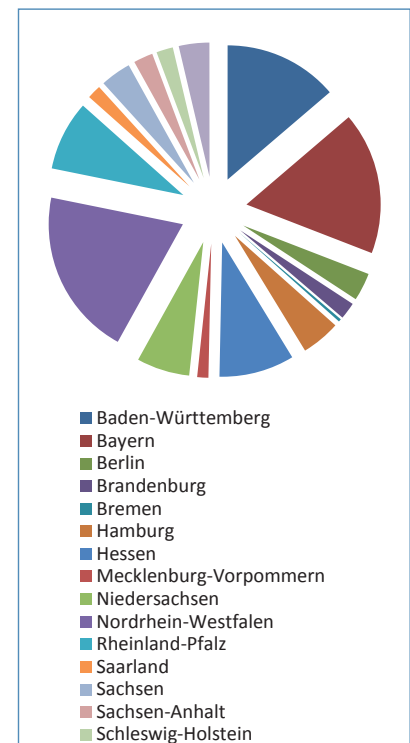


Abb. 1: Antworteingang zur DGfM-Umfrage nach Bundesländern

leuchten: Für den Nachweis einer Transfusion kann das Transfusionsprotokoll ausreichend sein; es kann aber auch sein, dass der Nachweis des Bedside-Tests zusätzlich erforderlich ist; es kann auch sein, dass dann noch zusätzlich der Nachweis in der Pflegedokumentation über die erfolgte Transfusion vorgelegt werden muss. Auch hier ist beim fehlenden Nachweis des vom jeweiligen Prüfer für erforderlich gehaltenen Dokumentes die Streichung des Codes mit den oben genannten Konsequenzen die Folge.

Erschwerend macht sich dabei die Tatsache bemerkbar, dass von vielen Kassen pauschal die Kodierung von Nebendiagnosen geprüft wird und es für das Krankenhaus nicht erkennbar ist, ob nur die erlösrelevanten Nebendiagnosen oder ob alle Nebendiagnosen gemeint sind. In gleicher Weise trifft dies auf die Fragestellung „Sind die Prozeduren korrekt?“ zu. Soll und will der MDK hier tatsächlich jede CT-Untersuchung auf korrekte Kodierung prüfen oder geht es nur um den relevanten OPS-Code? Bei kritischer Betrachtung ist dies sogar ein bedenkenswerter Umgang der beauftragenden Kasse mit der „Ressource MDK“, da hierdurch unnötig Kapazitäten gebunden werden. Natürlich lässt sich einwenden, dass mit etwas gutem Willen diese Probleme schon zwischen Krankenhaus und MDK entschärft bzw. gelöst werden könnten. Hier ist allerdings in der Praxis zu sehen, dass es oft an diesem guten Willen fehlt und es deshalb zur Eskalation der Problematik kommt. Eine Schuldzuweisung kann und soll dabei nicht vorgenommen werden. Es handelt sich eher um ein systematisches Problem, das auf der Ebene der Selbstverwaltung zu lösen ist. Hier ist zu wünschen, dass die DKG und der GKV-SV eine praxistaugliche Lösung finden. Die DGfM wäre zur Hilfestellung bereit.

Ein anderes Problem ist die Übermittlung der leistungsrechtlichen Entscheidung und die Begründung dieser Entscheidung, also das Gutachten des MDK. Da die DGfM keinen Überblick hatte, in welchen Bundesländern diese Informationen zur Verfügung gestellt werden, haben wir eine Blitzumfrage zu diesem Thema in die Wege geleitet. Die Umfrage wurde am 16. Oktober 2015 um 9:07 Uhr per Newsletter be-

kannt gegeben. Bereits am ersten Tag hatten wir 202 Antworten. Allerdings mussten wir auch zur Kenntnis nehmen, dass die pauschale und strikte Abfrage ohne Freitextmöglichkeit die tatsächlich vorhandene Variabilität nicht widerspiegelt. Deshalb wurde um 9:53 Uhr die Umfrage um ein Kommentarfeld ergänzt. Dieses Kommentarfeld wurde dann von unseren Mitgliedern auch fleißig genutzt. Bis zum Schluss der Umfrage am 04. November 2015 sind 299 Antworten eingegangen. Davon wurde in 69 Fällen das Kommentarfeld für zusätzliche Angaben genutzt.

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass die Kenntnis des MDK-Gutachtens von elementarer Wichtigkeit für die Medizincontroller im Krankenhaus ist und dass im Zuge der partnerschaftlichen Zusammenarbeit in einem Großteil der Fälle die Gutachten auch zur Verfügung gestellt werden.

Im Einzelnen stellen sich die Daten wie folgt dar: Die meisten Antworten kamen aus Nordrhein-Westfalen (60), gefolgt von Bayern (51) und Baden-Württemberg (41). Einen Überblick gibt die Grafik in Abbildung 1 auf Seite 78.

In 274 von 297 Fällen werden die Gutachten unaufgefordert dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt; dies entspricht einem Anteil von 92%. In weiteren 16 Fällen (5%) wird das Gutachten auf Anfrage zur Verfügung gestellt. In 2% aller Fälle werden keine Gutachten übersandt. „Vorreiter“ ist hier Sachsen, in dem nur 40% ein Gutachten zur Verfügung gestellt wird. Hier scheint noch ein gewisser Gesprächsbedarf zu bestehen. In allen anderen Bundesländern scheint die Kenntnis des Gutachtens kein größeres Problem zu sein, auch wenn die Übermittlung oft erst auf Anfrage erfolgt. Hier wurden relativ häufig die Bundesknappschaft, bzw. dessen sozialmedizinischer Dienst (SMD) genannt.

Bei der Neufassung der Regelungen zur PrüfvV und zur Datenkommunikation sollte darauf geachtet werden, dass zur Bürokratievermeidung die automatische Übermittlung der Gutachten implementiert wird. Zumal ja hierauf auch die leistungsrechtliche Entscheidung der Kasse fusst. Und nur wenn die Argumente aus dem Gutachten bekannt sind, kann entschieden werden, ob diese

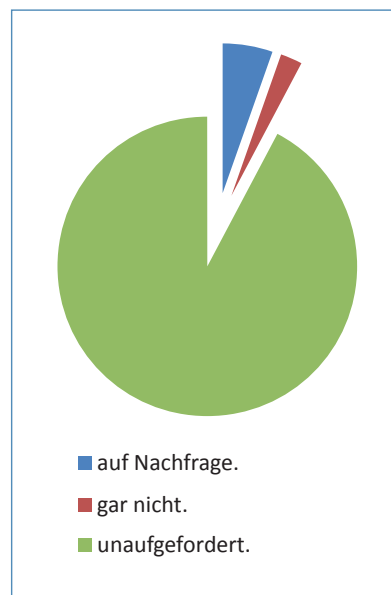


Abb. 2: In 274 von 297 Fällen erhält das Krankenhaus das MDK-Gutachten unaufgefordert.

Argumentation (z.B. Interpretation von Kodierregeln) schlüssig ist, ob alle Unterlagen berücksichtigt wurden, etc.

Nicht überraschend ist deshalb, dass für 274 Mitglieder (92%) die Kenntnis des Gutachtens „sehr wichtig“ und für 22 Mitglieder (7%) wichtig ist. Nur 2 Antworten gab es für die Option „interessant (nice to have)“ und keine Antwort für die Option „unwichtig“. Bei näherer Betrachtung ist die Kenntnis des Gutachtens nur deshalb nicht wichtig, weil Einzelfallprüfungen vor Ort im Dialog mit dem MDK geführt werden und das Ergebnis bereits da fixiert wird.

Aus Sicht der DGfM bleibt zu hoffen, dass bei der Neufassung der Regelungen zum Prüfverfahren die Erfahrungen aus der Praxis berücksichtigt und unnötige Streitigkeiten vermieden werden. Dass es in grundsätzlichen Punkten abweichende Auffassungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen gibt, soll dabei nicht wegdiskutiert werden. Aber im Wege der auch von der Jurisprudenz immer wieder eingeforderten partnerschaftlichen Zusammenarbeit sollte angestrebt werden, dass der Gang vor das Sozialgericht die Ultima Ratio und nicht der erste Schritt im Prüfverfahren sein soll. ■

Dr. med. Erwin Horndasch  
Vorstandsvorsitzender der DGfM