



Die neue Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) und ihre Folgen – erste Erfahrungen

Die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) gilt in der aktuellen Fassung seit dem 1. Januar 2022, sodass auf die Erfahrungen der letzten zwölf Monate zurückgeblieben werden kann. Wie bei diversen gesetzlichen Regelungen in den letzten Jahren ist auch hier vieles juristisch nicht bis ins Detail geklärt. Aus diesem Grund werden hier zahlreiche Hinweise seitens der Mitglieder der DGfM aufgearbeitet.

§ 3 PrüfV legt fest, dass die Krankenkasse die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen hat. Grundlage der Prüfung sind die Daten, die gem. § 301 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) von den Krankenhäusern an die Kassen übermittelt werden müssen. Hier wird auf die Mitwirkungspflicht der Krankenhäuser hingewiesen. Eine Rechnungsprüfung kann erst stattfinden, wenn die Krankenkasse diese übermittelten Daten anerkennt. § 301 SGB V regelt, dass Rechnungen nur aus formal-juristischer Sicht (z.B. Alterskonflikt, Geschlechtskonflikt, Unplausibilitäten bei Mengen- oder Zeitangaben etc.) zurückgewiesen werden können. Diese Rechnungsrückweisungen haben im letzten Jahr zugenommen: Mit Hinweis auf die Mitwirkungspflicht wird seitens der Krankenkassen Rechnungen im großen Rahmen widersprochen. So fordern die Kassen Umkodierungen wegen angeblich falscher Haupt- oder Nebendiagnosen, inkorrekt er Prozeduren oder angezweifelter Komplexbehandlung. Medizinische Begründungen für Begleitpersonen oder Zusatzentgelte sollen geliefert oder Verweildauern nachgewiesen werden, obwohl die bei Aufnahme an-

gegebene voraussichtliche Verweildauer nicht überschritten wurde. Dieses Vorgehen der Rechnungsrückweisung ist juristisch nicht korrekt und soll dazu dienen, die Prüfquoten zu umgehen. Aus mehreren Bundesländern wurde berichtet, dass Krankenkassen schon vor der Begleichung der Rechnung diese um den sogenannten strittigen Betrag gekürzt haben. Dieses Vorgehen ist rechtswidrig.

Ein nächster Schritt ist das Vorverfahren (Falldialog) nach § 5 der PrüfV. Das wird nach Auskunft vieler unserer Mitglieder sowohl von den Krankenkassen als auch von den Krankenhäusern genutzt. Dabei berichten Mitglieder der DGfM größtenteils von konstruktiver und fairer Zusammenarbeit. Es gibt Absprachen mit einigen gesetzlichen Kostenträgern, dass besprochene Fälle in die Prüfquote laufen. Andere Kassen nutzen trotzdem die komplette Prüfquote. Nur wenige berichten von negativen Erfahrungen. Auf Wunsch der Krankenkassen sollten Verweildauern pauschal und freiwillig gekürzt oder entgegen der Kodierrichtlinien Diagnosen oder Prozeduren geändert oder gestrichen werden.

Der § 9 der PrüfV regelt das Bestreiten und das Erörterungsverfahren. Hier sind die Rückmeldungen der DGfM-Mitglieder sehr heterogen. Auf der einen Seite werden bestrittene Sachverhalte seitens der Kassen zeitnah anerkannt bzw. Nachverhandlungen in Sachen Kodierung und Verweildauer sind möglich. Auf der anderen Seite werden sofort Erörterungsverfahren mit der Übersendung der entsprechenden Unterlagen eingeleitet. Letzteres ist mit hohem administrativem und bürokratischem Aufwand verbunden. An den Medizinischen Dienst (MD) gesende-

te Unterlagen müssen noch einmal gepackt und jede einzelne Unterlage benannt werden. Dazu kommt die Benennung hinzugefügter Belege. Warum der Ausdruck der Abschlussrechnung, der Schriftsatz des Bestreitens und das MD-Gutachten noch einmal beigefügt werden müssen, ist nicht nachzuvollziehen. Am Ende bleibt noch das Ausfüllen des Dokumentationsbogens, welcher für ein eventuelles Sozialgerichtsverfahren unabdingbar ist. Mittlerweile wurde durch eine Änderung des § 17c Abs. 2b KHG sichergestellt, dass der Medizinische Dienst „[...] die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln [hat].“ (https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_17c.html).

Weitere Stolpersteine birgt die elektronische Übermittlung der Daten an den Medizinischen Dienst nach § 12 PrüfV. Seitdem 1. Januar dieses Jahres sind alle Unterlagen nicht nur als „document_typ“ (Legacy), sondern mit der Kennzeichnung des Dokumententyps bzw. der Dokumentenbeschreibung „document_title“ (90 Titel) über das Leistungserbringer Portal (LE-Portal) an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Aufgrund der sehr vielfältigen Aufgaben durch diverse Gesetzesänderungen im Gesundheitssystem, z.B. Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG), Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG), Personaluntergrenzenverordnung (PpUGV) und Katalog ambulantes Operieren (AOP-Katalog), fällt es den Software- und Krankenhausinformationssystem-Herstellern (KIS-Herstellern), sehr schwer, Neuerungen zeitnah umzusetzen und Updates einzuspielen. Nicht zuletzt ist auch die

IT-Branche vom Fachkräftemangel betroffen, was die Umsetzung der vielen Neuerungen zusätzlich erschwert.

Auf der Homepage der DGfM gab es vom 27. Oktober 2022 bis zum 9. Januar 2023 eine Umfrage mit dem in der ► Tabelle gezeigten Ergebnis. Sicherlich ist diese nicht repräsentativ, zeigt jedoch, mit welchen Schwierigkeiten deutsche Krankenhäuser zu kämpfen haben. Besorgniserregend ist, dass ein knappes Drittel angegeben hat, noch gar nicht zu wissen, auf welchem elektronischen Wege die Unterlagen zum Medizinischen Dienst kommen. Ein gutes Drittel sortiert die Unterlagen manuell und stellt sie händisch in das Leistungserbringerportal (LE-Portal) ein. Das mag bei kleinen Krankenhäusern noch funktionieren, es haben sich aber auch Kollegen größerer Kliniken gemeldet, denen für solche Prozesse personelle und zeitliche Kapazitäten fehlen. Weiterhin erreichten uns Mitteilungen, dass Archivsysteme nicht in der Lage sein sollen, zu liefernde Unterlagen auf die gültigen

Wie werden Sie die Übermittlung nach der elektronischen-Vorgangsübermittlung-Vereinbarung (eVV) ab dem 01.01.2023 umsetzen?	Anzahl der Bewertungen	
Manuell über das Web-Portal der MD-IT	39	37 %
Durch eine Schnittstelle unseres Archiv-Systems	39	37 %
Das wissen wir noch nicht	27	26 %
Gesamtanzahl	157	100 %

Tab.: Kurzumfrage vom 27. Oktober 2022 bis 9. Januar 2023 auf der Homepage der DGfM

Dokumentenbeschreibungen „document_title“ zu mappen.

In den Kliniken geht die Angst um, dass der Medizinische Dienst im neuen Jahr Unterlagen, die nicht in der korrekten Form übermittelt wurden, abweist und es zum Verlust der Fallere löse kommt. Nach Informationen der DGfM kommt der Medizinische Dienst den Krankenhäusern entgegen, sodass vollständig übermittelte Unterlagen nach dem alten Schema weiterhin begutachtet werden. Allerdings sollten diese weiterhin geordnet und mit Index versehen sein, denn eine manuelle Sortierung und Zuordnung der Akten ist den Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes nicht zu-

zumuten. Hier lohnt es sich, auf die jeweiligen Medizinischen Dienste zuzugehen und die technischen Schwierigkeiten zu kommunizieren, damit diese Aufgaben gemeinsam bewältigt werden können.

Zu guter Letzt kommt es im neuen Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG), welches am 29. Dezember 2022 in Kraft getreten ist, auch zu positiven Veränderungen für die Krankenhäuser. So regelt der § 275c Abs. 3 S. 4 SGB V, dass die Geltendmachung des Aufschlags im Rahmen elektronischer Datenübertragung übermittelt wird. Laut Begründung im Gesetzesentwurf ist das als „KAIN“-Nachricht (Krankenkasseninformation) ohne besondere Formerfordernisse vorgesehen. Bei Dissens kann hier, wie auch bei Streitigkeiten bezüglich der Aufwandspauschale, die Krankenkasse per „INKA“-Nachricht (Information Krankenhäuser) oder „MBEG“-Nachricht (Medizinische Begründung) informiert werden. Ein formeller Widerspruch gegen den Aufschlag ist dann nicht mehr notwendig. Es bleibt der sofortige Klageweg.

Durch den § 17c Abs. 2b KHG wird nun bestimmt, dass der Medizinische Dienst für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung, die vom Krankenhaus übermittelten Unterlagen an die Krankenkasse zu weiterzugeben hat. Ein kleiner Schritt in Richtung Verringerung der Bürokratie. ■

Gerrit Frühauf

Wenn man eine Sache von Gerrit Frühauf lernen kann, dann den im englischsprachigen Raum seit dem 2. Weltkrieg bekannten Slogan „Keep calm and carry on“. Ob Gerrit ihn so gesagt hat, wissen wir nicht. Es steht aber fest, dass er ihn gelebt hat.

Gerrit war fast von Anfang an bei der DGfM dabei (Mitgliedsnummer 25!) und prägte über Jahre das Erscheinungsbild. Vor allem in dem damals sehr prominenten Regionalverband „Rhein-Neckar“, aus dem der heutige Regionalverband „Südwest“ entstand, den er zusammen mit Dr. Sascha Baller über Jahre leitete. Durch seine jährlichen DRG-Update-Schulungen bei den anderen Regionalverbänden war Gerrit in ganz Deutschland wohlbekannt. Gleichzeitig war er bereits ab 2003 Finanzvorstand der Gesellschaft und hat wichtige Veränderungen in der Finanzverwaltung unserer Gesellschaft eingeführt, die zu einer erheblichen Verbesserung der Transparenz und Effizienz geführt haben. Durch seine Arbeit konnten wir unsere finanziellen Risiken minimieren und die Finanzplanung erheblich verbessern. Von unschätzbarem Wert ist jede seiner Empfehlungen. Zum Beispiel, wo es den besten Wein und damit die Präsente für unsere Referenten des Herbstsymposiums gibt und dass die Wirklichkeit außerhalb von Exceltabellen mindestens genauso wichtig ist wie die Zahlen in den Tabellen.

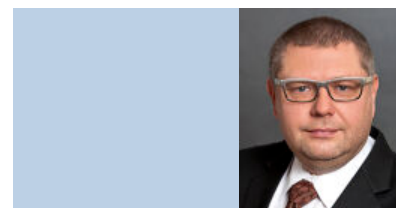
Aus diesen und vielen weiteren Gründen erhält Gerrit Frühauf als dritte Person die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling. In diesem Sinne, lieber Gerrit, keep calm and carry on!

Jannis Radeleff
Finanzvorstand DGfM



Gerrit Frühauf

Dipl.-Kfm. Dirk Hohmann
Stv. Vorstandsvorsitzender der DGfM
dirk.hohmann@medizincontroller.de



Dirk Hohmann