

©Andrii Valanskyi - stock.adobe.com

# Wer prüft die Prüfer?

## Umfrage der DGfM zur Analyse der Zusammenarbeit zwischen MD und Krankenhaus

Von Dirk Hohmann

In zahlreichen Gesprächen haben Mitglieder der DGfM ihre Unzufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst in den einzelnen Bundesländern zum Ausdruck gebracht. Dabei wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass die Qualität der Gutachten in vielen Fällen nicht den Erwartungen entspricht. Es wurde von falsch-negativen Stellungnahmen berichtet. Dies hatte selbstverständlich Auswirkungen auf die Prüfquote sowie die zu leistenden Strafzahlungen.

**Keywords:** MD, Medizincontrolling, Strategie

Während deutsche Krankenhäuser mit einer großen Menge von Qualitäts- und Strukturprüfungen bürokratisch teilweise überfordert sind, ist der Medizinische Dienst nicht an Leitlinien und Qualitätskriterien in Sachen Begutachtung gebunden. Es ist nicht ersichtlich, wer die Begutachtung durchführt. Diesbezüglich besteht ein signifikantes Ungleichgewicht.

Die Arbeitsgruppe MD der DGfM hat eine Umfrage erarbeitet, deren Ziel es ist, die Zusammenarbeit zwischen Medizincontrollern und dem Medizinischen Dienst zu evaluieren. Im Rahmen der Umfrage werden die Aspekte

Qualität der Gutachten, Qualifikation der Gutachter, finanzielle Auswirkungen auf die Krankenhäuser sowie bürokratischer Aufwand für die Krankenhäuser beleuchtet. Die Ankündigung der Umfrage hat zu einigen Dissonanzen, auch aus den Reihen der DGfM, geführt. Es sei an dieser Stelle noch einmal betont, dass es nicht darum geht, den Medizinischen Dienst in seiner Gesamtheit an den Pranger zu stellen. Vielmehr geht es darum, die Vorgehensweise und den Einsatz einzelner Gutachter zu kritisieren, da diese in vielen Fällen die Kriterien eines sachlichen und fachlichen Umgangs miteinander unterschreiten. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass ein solches Vorgehen auch von einigen Mitarbeitern in Krankenhäusern praktiziert wird.

Die DGfM zeigt seit langer Zeit ein ausgeprägtes Interesse an einer Intensivierung und Optimierung der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Länder und des Bundes. Diese Zusammenarbeit wird bereits gelebt, wobei in einigen Bereichen bereits intensive Gespräche und Abstimmungen stattfinden. Dies ist eine begrüßenswerte Entwicklung, die eine intensivere Zusammenarbeit fördern wird. Die Ergebnisse der Umfrage dienen der Erstellung von Empfehlun-

gen und Hilfestellungen, welche eine Optimierung der Zusammenarbeit beider Parteien zum Ziel haben und eine unbürokratische Gestaltung derselben ermöglichen sollen.

### Allgemeines zur Auswertung

Im Rahmen der Umfrage, welche vom 17.03.2024 bis zum 03.06.2024 durchgeführt wurde, haben 200 Mitglieder der DGfM teilgenommen. Im Folgenden kann lediglich eine Auswahl an Aspekten der Umfrage beleuchtet werden. Die vollständige Umfrage wird im Mitgliederbereich der DGfM veröffentlicht. Die Mehrheit der Befragten stammt aus Krankenhäusern der

Answer Choices	Responses	
MD Baden-Württemberg	16,7%	33
MD Hessen	13,6%	27
MD Bayern	11,1%	22
MD Nordrhein	9,6%	19
MD Nord	9,6%	19
MD Niedersachsen	9,6%	19
MD Westfalen-Lippe	9,1%	18
MD Rheinland-Pfalz	5,1%	10
MD Sachsen	4,0%	8
MD Berlin-Brandenburg	4,0%	8
MD Thüringen	2,5%	5
MD Saarland	2,0%	4
MD Mecklenburg-Vorpommern	2,0%	4
MD Sachsen-Anhalt	1,0%	2
MD Bremen	0,0%	0
<b>Answered</b>		<b>198</b>

Tab.: Verteilung der MD-Zugehörigkeit

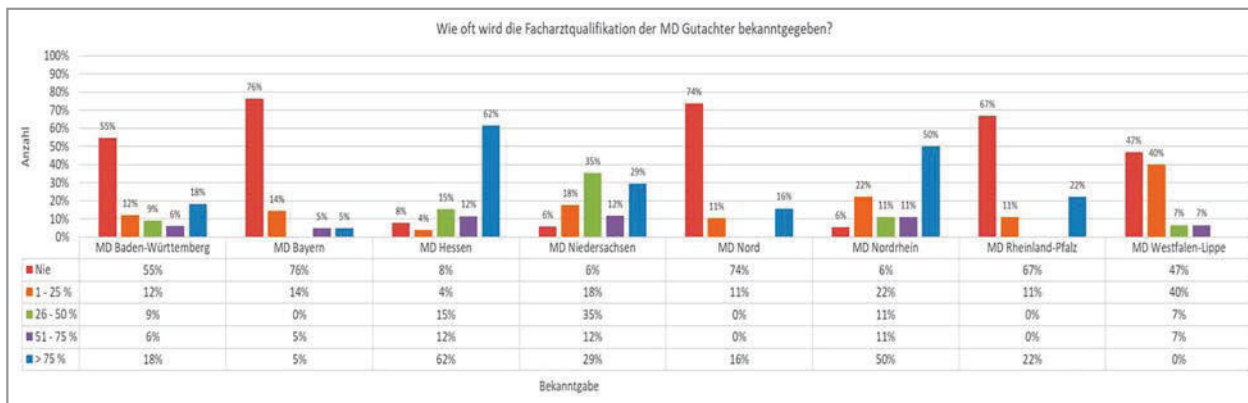


Abb. 1: Thematisierung des Facharztstatus

Grund- und Regelversorgung (49 %), während ein Drittel in Schwerpunkt-kliniken tätig ist. Die verbleibende Menge lässt sich in Maximalversorger und Universitätskliniken unterteilen. Das MD-Management wird zu 95,5 % vom Medizincontrolling wahrgenommen, wobei Ärzte (35 %) und Gesundheitsökonom (21 %) die größten Gruppen darstellen. Die Verteilung der MD-Zugehörigkeit ist von Interesse. Hier lässt sich ein relativ starkes Gefälle feststellen (► Tab. ).

Des Weiteren wurden die Anzahl der Rechnungen pro Quartal sowie die aktuelle Prüfquote erfragt. In 56% der Fälle werden 10 % der Fälle geprüft, während in 36 % der Fälle lediglich 5% der Fälle geprüft werden. Lediglich 8 % der Befragten sind von einer Erhöhung der Prüfquote betroffen. Von besonderem Interesse für zahlreiche DGFM-Mitglieder war der personelle Aufwand, der mit den Prüfungen einhergeht. In den meisten Häusern sind bis zu drei Vollzeitstellen mit der Betreuung der MD-Anfragen beschäftigt (137 VK bei zwei Dritteln der Befragten). In Einrichtungen mit einer Größe von über 15 % der Befragten sind mehr als 5 Vollzeitstellen für die Betreuung von MD-Anfragen vorgesehen. Der zeitliche Aufwand wird mit 9.725 Stunden pro Woche bei 168 Versorgern, die differenziert geantwortet haben, angegeben, was einem Durchschnitt von 60 Stunden pro Woche entspricht.

### Gutachtertätigkeit des MD

Im Folgenden erfolgt die Auswertung der Fragen zur Gutachtertätigkeit des MD. In der vorliegenden Auswertung sind nicht immer alle Medizinischen Dienste in Deutschland aufgeführt, da zu einzelnen Bundesländern/MD keine Umfrageergebnisse vorgelegen haben (► Tab.). Bei MD-Prüfungen wird immer wieder der entsprechende Facharztstatus thematisiert. Die Ergebnisse der Umfrage fallen sehr heterogen aus (► Abb. 1).

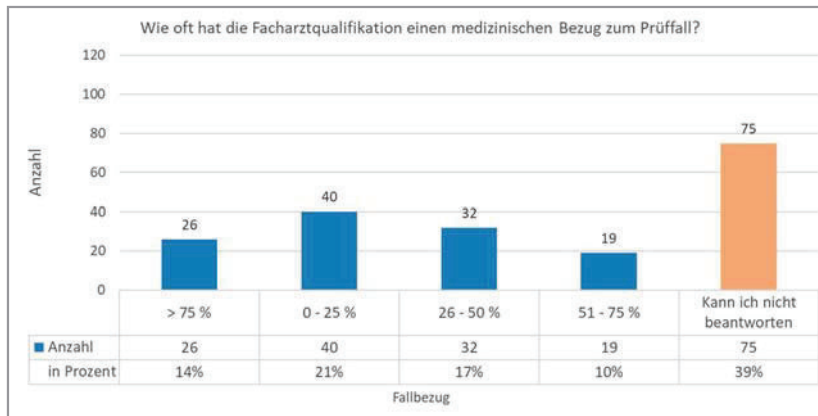


Abb. 2: Bezug Facharztqualifikation zum Prüffall

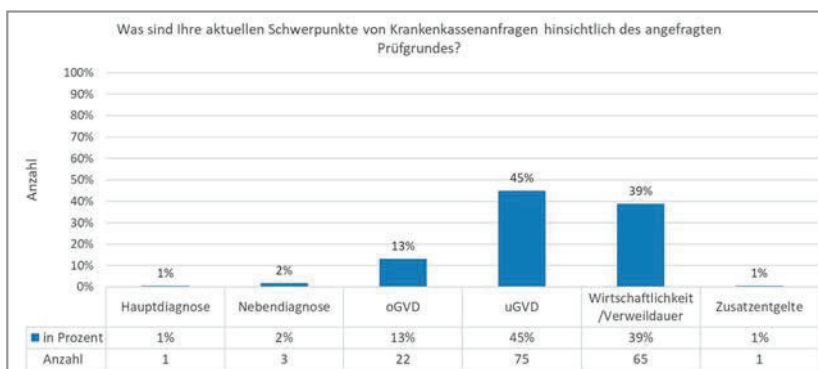


Abb 3: Detaillierte Analyse der Prüfgründe

In diesem Kontext stellt sich die Frage, in welchem Turnus eine Prüfung des Fachgebiets durch den Facharzt des MD erfolgt. Die Ergebnisse sind ernüchternd, denn während Krankenhäuser Leistungen nicht mehr erbringen dürfen, wenn die entsprechenden Fachärzte bzw. Qualifikationen fehlen, wurde der Facharztstatus bei über 75 % der Gutachten nur in 14 % der Fälle eingehalten. Dies lässt den Schluss zu, dass der Großteil der Gutachten von fachfremden Personen bearbeitet wird. Bei 39 % der Gutachten konnte kein Bezug hergestellt werden, da die Fachexpertise des Gutachters nicht angegeben wurde (► Abb. 2).

Bei dem Thema Vor-Ort-Begehungen gibt es große Unterschiede. Während lt.

den Nennungen der MD Nordrhein und der MD Westfalen-Lippe häufig die Kollegen in den Kliniken aufsuchen (100% bzw. 76% der Stichprobe), scheint das in Bayern (14 %), Niedersachsen (18 %) und Hessen (33 %) eher die Ausnahme zu sein. Dabei wünschen sich Dreiviertel der Kliniken fachliche Gespräche vor Ort. Ein anderes Bild zeigt sich bei der schriftlichen Begutachtung. Obwohl die Prüfverfahrenvereinbarung den interdisziplinären Austausch auch im schriftlichen Verfahren bevorzugt, wird dieser seitens des Medizinischen Dienstes kaum praktiziert. Im Schnitt gaben 77 % der Befragten an, dass es nie Rückfragen seitens des MD im schriftlichen Verfahren gibt. Im Einzelfall gehen die Prozente bis auf 87 %.

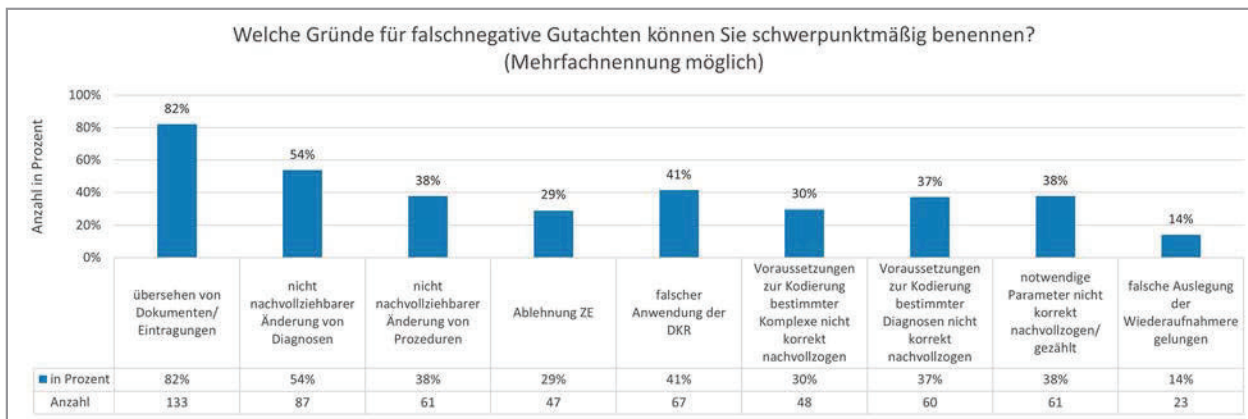


Abb. 4: Gründe für falsch-negative Gutachten

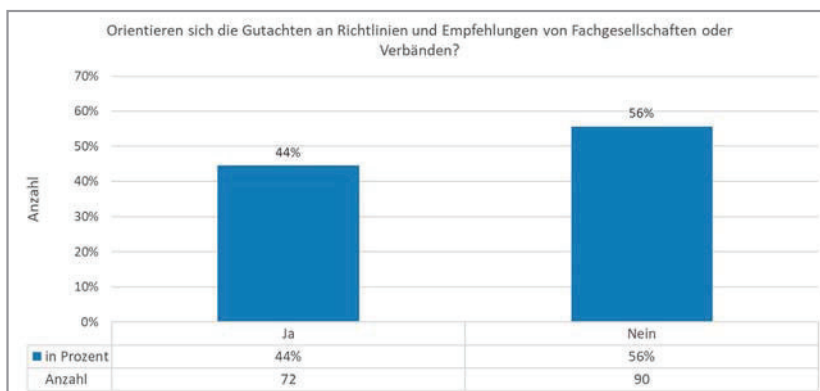


Abb. 5: Rolle der Leitlinien bei Begutachtung

Die detaillierte Analyse der Prüfgründe offenbart interessante Aspekte (►Abb. 3). Es lässt sich eine Tendenz ableiten, dass die Qualität der Kodierung keine Rolle mehr spielt. Verweildauern stellen potenzielle Angriffspunkte dar, wobei primäre und sekundäre Fehlbelegungen im Mittelpunkt stehen. Dabei besteht der Trend, vieles im ambulanten Bereich zu sehen, auch wenn die entsprechenden Leistungen dort nicht immer abgerechnet werden können. Des Weiteren wird die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhausbehandlung häufig dazu genutzt, Verweildauern zu streichen.

### Qualität der Gutachten

Ein wesentlicher Auslöser für die Umfrage der DGfM war die Vielzahl an Hinweisen unserer Mitglieder, dass eine signifikante Anzahl von Gutachten des MDs fehlerhaft ist. Um die Validität der Ergebnisse zu gewährleisten, wurde eine Befragung zu Gründen für falsch-negative Gutachten durchgeführt. Die Resultate sind in ►Abbildung 4 dargestellt.

Des Weiteren wurde eruiert, inwiefern sich Gutachter an Richtlinien und Empfehlungen von Fachgesellschaften

oder Verbänden orientieren. Hierbei handelt es sich um Leitlinien für eine Vielzahl von Therapien und Operationen, die im Sinne einer hohen Behandlungsqualität erarbeitet wurden (z. B. AWMF). Auch hier zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Stichprobe angibt, dass die genannten Leitlinien in der Begutachtung keine Rolle zu spielen scheinen (►Abb. 5).

Nach falsch-negativen Gutachten äußern 96 % der Stichprobe den Wunsch, Widerspruch gegen das Ergebnis an die Krankenkassen zu schreiben. Im Anschluss an die Erörterung einigen sich 43 % der teilnehmenden Krankenhäuser mit den Krankenkassen, während bei 41 % bereits im Rahmen des Bestreitens eine Einigung erzielt wird. Es kann festgehalten werden, dass genau 75 % der Befragten angaben, dass hierbei positive Ergebnisse für die Krankenhäuser erzielt werden konnten. Bei Dissens mit den Krankenkassen nach Abschluss des Erörterungsverfahrens werden 50 % dieser Fälle von 97 % der befragten Krankenhäuser vor dem Sozialgericht eingeklagt. Im Rahmen der Stichprobe gaben 40 Beteiligte an, durch falsch-negative Gutachten in der Prüfquote höhergestuft worden zu sein. Von der genannten Anzahl konnten lediglich neun den monetären Schaden,

der durch falschnegative Gutachten entstanden ist, beziffern. Es wird empfohlen, dass Krankenhäuser in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen ihre Bemühungen in diesem Bereich intensivieren.

### Fazit

Die Prüflandschaft innerhalb der einzelnen MD in Deutschland ist von einer hohen Heterogenität geprägt, was sich auch in den Prüfgewohnheiten der einzelnen Prüfer widerspiegelt. Es wäre wünschenswert, die Zusammenarbeit zwischen Gutachtern und Krankenhäusern zu intensivieren, um einen intensiveren fachlichen Austausch auf Augenhöhe zu fördern, der auch Vor-Ort-Begehungen beinhaltet. Des Weiteren wäre die Etablierung einheitlicher, deutschlandweit geltender Richtlinien für Fallprüfungen wünschenswert, welche die Nachweise der Qualifikation sowie die Namen der durchführenden Prüfer beinhalten. ■



**Dirk Hohmann**

Stv. Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.  
Konzernleiter Medizincontrolling Klinikum  
Hersfeld-Rotenburg  
dirk.hohmann@medizincontroller.de

**Niklas Schöniger**

Mitglied DGfMStudent an der  
Medical School Hamburg MSH  
niklas.schoeniger@student.medicalschool-  
hamburg.de

# Die Krankenhausreform im Fokus: Mit ID EFIX® die Zukunft gestalten

## Leistungsgruppen 2024

Leistungsgruppen pro Fachabteilung

	Gerätrie			Orthopädie			Urologie			Gesamtsumme		
	Falzhilf - DRG	dWVD	CH - aG-DRG	Falzhilf - DRG	dWVD	CH - aG-DRG	Falzhilf - DRG	dWVD	CH - aG-DRG	Falzhilf - DRG	dWVD	CH - aG-DRG
1.1 - Allgemeine Innere Medizin			0,4926							236	3,35	0,4926
14.1 - Endoprothetik Hüfte				73	8,63	1,5026				73	8,63	1,5026
14.2 - Endoprothetik Knie				47	8,77	1,4638				47	8,77	1,4638
14.3 - Revision Hüftendoprothetik				1	7,00	2,1960				1	7,00	2,1960
14.5 - Wirbelsäuleneingriffe				140	3,76	1,5319				140	3,76	1,5319
20.1 - Urologie							37	3,76	0,7601			
27.1 - Geriatrie	3,722	18,99	1,3574							3,722	18,99	1,3574
9.1 - Allgemeine Chirurgie				2.185	9,08	0,9116				2.185	9,08	0,9116

Leistungsgruppen pro Fachabteilung



Darstellung der aktuellen Leistungsgruppen-Verteilung im Modul Cockpit

Die Krankenhausreform stellt Kliniken vor immense Herausforderungen. Die Einführung von Leistungsgruppen, die geplante Teilfinanzierung über Vorhaltepauschalen, die Neugestaltung von DRGs und die steigenden Anforderungen an das Krankenhaus-Controlling erfordern eine präzise und datenbasierte Planung. Mit ID EFIX®, dem umfassenden Business-Intelligence-Tool von ID, können Krankenhäuser die Komplexität der Reform meistern und ihre Zukunft aktiv gestalten.

### Herausforderungen meistern, Chancen nutzen

Ausgehend von den neuen Anforderungen der Krankenhausreform bietet ID EFIX® eine Vielzahl von Funktionen, die speziell auf die Bedürfnisse von Krankenhäusern zugeschnitten sind. Neben der klassischen DRG- und PEPP-Analyse ermöglicht das Tool die Ermittlung von Leistungsgruppen, die Berechnung von Vorhaltepauschalen und die Simulation von Szenarien. Durch die Integration von Vergleichsdaten können Krankenhäuser Prognosen erstellen und ihre Leistungen optimal anpassen.

### Vorhaltepauschalen und regionale Versorgungslage im Blick

Mit dem Modul „Kompass“ in Kooperation mit MEDIQON GmbH erhalten Krankenhäuser einen um-

fassenden Überblick über die Versorgungslage in ihrer Region. Welche Leistungen sind gefragt? Welche Leistungen werden an welchem Ort genehmigt? Wo liegen die Stärken und Schwächen des eigenen Hauses? Und wie entwickeln sich die Patientenströme? Diese Fragen beantwortet ID EFIX® auf Basis einer riesigen Datenbank mit Millionen von klinischen Fällen.

### Einzigartige Vorteile für Krankenhäuser

Die Vorteile von ID EFIX® für Krankenhäuser sind vielfältig. Möchten Sie beispielsweise die Auswirkungen einer neuen Behandlungsmethode auf Ihre Patientenstruktur analysieren? Mit den umfangreichen Ad-hoc-Analysefunktionen ist dies problemlos möglich. Interessiert Sie die Entwicklung der ambulanten Versorgung in Ihrer Region? Erwarten Sie einen hohen Ambulantisierungsgrad Ihrer bisherigen Leistungen oder hoffen Sie auf Zulauf aufgrund von zugewiesenen Leistungsgruppen? Die detaillierte regionale Darstellung liefert Ihnen die passenden Daten. Durch automatisierte Prozesse sparen Sie Zeit und Ressourcen, da Routineaufgaben wie die Erstellung von Berichten automatisiert werden können. Und dank der zentralen Datenverwaltung haben Sie jederzeit einen umfassenden Überblick über alle relevanten

Daten – eine wichtige Grundlage für fundierte Entscheidungen.

### Mit ID EFIX® die Zukunft gestalten

Die Krankenhausreform erfordert eine neue Art der Krankenhausplanung. Mit ID EFIX® können Krankenhäuser ihre Leistungen optimieren, ihre Wettbewerbsfähigkeit stärken und eine nachhaltige Versorgung sichern. Durch die Kombination von umfassenden Analysefunktionen und einer intuitiven Benutzeroberfläche unterstützt ID EFIX® Krankenhäuser dabei, die Herausforderungen der Zukunft zu meistern und ihre Ziele zu erreichen.

### Fazit

ID EFIX® ist mehr als nur ein BI-Tool. Es ist ein leistungsstarker Partner für Krankenhäuser, der bei der Bewältigung der komplexen Anforderungen der Krankenhausreform unterstützt. Mit ID EFIX® können Krankenhäuser datenbasierte Entscheidungen treffen, ihre Prozesse optimieren und ihre Zukunft aktiv gestalten.

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen



ID GmbH & Co. KGaA  
Platz vor dem Neuen Tor 2  
10115 Berlin  
www.id-berlin.de