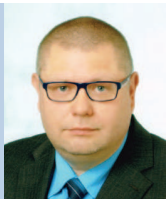




Der Tag danach: das neue Prüfverfahren nach § 17c Abs. 2 KHG

Ein erster Erfahrungsaustausch von Praktikern für Praktiker

Als im Herbst 2014 die neue Prüfverfahrensvereinbarung vorgestellt wurde, erhofften sich die Akteure klare Linien und eine Vereinfachung. Herausgekommen ist allerdings eine noch größere Verwirrung sowie zusätzliche bürokratische Akte. Ein Austausch dazu fand im Mai auf einer Tagung im Klinikum Fulda statt, zu der der Regionalverband Mitteldeutschland der DGfM einlud.



Dirk Hohmann
Vorsitzender des Regionalverbands
Mitteldeutschland

Im Herbst letzten Jahres wurde auf einer Veranstaltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Berlin die neue Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVv) gemäß § 17c Abs. 2 KHG vorgestellt. Der Gesetzgeber hatte die DKG und den GKV-Spitzenverband aufgefordert, das bis dahin geltende Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zu präzisieren. Das sogenannte neue Verfahren, ließ sowohl die Kran-

kenkassen- als auch die Krankenhausmitarbeiter aufhorchen.

Verwirrspiel

Statt Klarstellungen und Vereinfachungen gab es auf der Leinwand ein Verwirrspiel von neuen Abläufen und einzuhaltenden Fristen. Ein Vorverfahren sollten beide Parteien durchführen, um MDK-Streitigkeiten aus dem Weg zu gehen, Prüfgründe sollten so genau wie möglich von den Kassen angegeben werden. Unterlagen im schriftlichen Verfahren sollten nun in einer Vier-Wochen-Frist beim MDK eingehen, ein rechtsverbindliches Widerspruchsverfahren würde es wieder nicht geben.

Alle genannten Fristen wurden als Ausschlussfristen geführt, bei Versäumnissen konnte die Krankenkasse einen strittigen Betrag verrechnen, eine nachfolgende juristische Klärung war nicht mehr möglich. Letzteres warf wiederum die Frage auf, wie der Zugang der entsprechenden Unterlagen beim MDK unter den Auflagen des Datenschutzes rechtssicher nachgewiesen werden konnte.

Als Antwort wurde ein elektronischer Datenaustausch aller Parteien ab Januar 2015 gefordert.

Ein Bürokratiemonster war geboren.

Symposium zum Austausch

Im Mai dieses Jahres lud der Regionalverband Mitteldeutschland der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling in den Hörsaal des Klinikum Fulda ein. Kolleginnen und Kollegen von Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK aus mehreren Bundesländern trafen sich zu einem Symposium, das eine aktuelle Bestandsaufnahme der Umsetzung der Prüfvereinbarung und einen Erfahrungsaustausch zum Ziel hatte. Als Referenten konnten Dipl.Ing.-öko. Ulrike Kislak (stv. Referentin KH-Finanzierung Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V.), Joris Schikowski (Leiter Medizinische Unternehmensentwicklung Klinikum Bad Salzungen GmbH), Thomas Burmann (Hauptabteilungsleiter Krankenhaus-Rehabilitation-Fahrkosten, AOK Hessen), Dr. med. Markus Langhans (Geschäftsbereichsleiter Krankenhaus, MDK Hessen) und Dr. jur. Jens-Hendrik Hörmann (Fachanwalt Medizinrecht, Kanzlei Zimmer & Bregenhorn-Wendland Bochum) gewonnen werden. Somit wurde das Thema von allen Seiten beleuchtet. Der Vorstand des Klinikums Fulda, PD Dr. med.



Dr. Thomas Menzel, Dr. Markus Langhans, Thomas Burmann, Dirk Hohmann, Ulrike Kislak, Doris Hochrein und Joris Schikowski (von links) im Hörsaal des Klinikums Fulda.

Thomas Menzel, ließ es sich nicht nehmen, die Anwesenden zu begrüßen.

Erleichterungen waren durch die neue Prüfvereinbarung nicht zu erwarten, darüber waren sich alle Anwesenden einig. Es wurde berichtet, dass das Vorverfahren von fast allen Krankenkassen nicht in Anspruch genommen wird und dass sich die Zahl der MDK-Anfragen merklich erhöht hat. Außerdem werden durch den MDK überwiegend komplette Krankenakten angefordert. Das wiederum sei, so der MDK-Vertreter, notwendig, weil eine Nachforderung von Aktenbestandteilen in der Kürze der Zeit unmöglich sei.

Krankenkassen verweisen auf das Sozialgericht

Auch beim MDK geht die neue PrüfVv an die Grenzen der personellen Ressourcen, zumal wie

zum Beispiel in Hessen circa 60 % aller Fälle durch Begehungen geprüft werden. Häufig war zu hören, dass Widersprüche zu MDK-Gutachten von den Krankenkassen nicht angenommen werden und auf das Sozialgerichtsverfahren zur Klärung verwiesen wird.

Der Grund ist, dass die Krankenkassen bei Begehungen den Konsens beider Parteien voraussetzen. Das verschärft die Situation eindeutig. Große Defizite scheinen auf Kassenseite bei der Benennung von präzisen Prüfgründen aufzutreten. Hier wurden juristische Ansatzpunkte und Vorgehensweisen diskutiert. Die Übermittlungsfrist von Krankenblättern scheint bei den anwesenden Krankenhausvertretern allerdings keine Rolle zu spielen. In einem waren sich alle Anwesenden einig, der bürokratische Aufwand ist eindeutig gestiegen.

Fazit

Auf der einen Seite hat die neue Prüfvereinbarung, wie erwartet, keine Entlastung für alle Beteiligten gebracht, eine Änderung im Sinne der täglichen Anwender ist unumgänglich. In diesen Änderungsprozess sollten Kolleginnen und Kollegen einbezogen werden, die fest in der Praxis verankert sind.

Auf der anderen Seite birgt die PrüfVv auch die Chance über interne Strukturen und Prozesse nachzudenken, Abläufe zu optimieren und vor allem, dass alle Beteiligten miteinander in eine interdisziplinäre, kollegiale und fruchtbare Kommunikation kommen. ■

Dirk Hohmann
Vorsitzender des Regionalverbands
Mitteldeutschland

Termine der DGfM

1. bis 2. Oktober 2015,
Frankfurt am Main
15. Herbstsymposium „DRG-System 2016“

Veranstaltungsort: Frankfurt
Marriott Hotel

Motto: „Nur noch kurz die Welt retten“

Weitere Informationen und das vollständige Programm finden Sie auf der Verbandshomepage.

12. bis 14. November 2015,
Heidelberg
Intensivseminar
Medizincontrolling

Veranstaltungsort: Universität
Heidelberg

Sie erhalten ein Zertifikat der Universität Heidelberg. Fortbildungspunkte sind bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg beantragt.