



Die neue Prüfverfahrensvereinbarung 2022 – und es kommt doch schlimmer!

Bürokratiewahn und kein Ende

Von Dirk Hohmann

Da waren und sind die Coronawellen, die sehr viele Kliniken an den Rand der Belastbarkeit brachten und vor allem deren Personal das Letzte abverlangten. Auf der einen Seite volle Stationen, mangelndes und durch Überlastung überarbeitetes Personal, fehlende oder überteuerte Schutzmaterialien, teilweise Medikamentenmangel. Auf der anderen Seite aber auch weniger Patienten und damit weniger Leistungen. Elektive Operationen sollten und mussten verschoben werden. Patienten wollten bei für sie unklarer Infektionslage einfach nicht in die Kliniken. Es gab zwar Ausgleichszahlungen, diese halfen, waren allerdings in der Praxis kaum Ersatz für die sich auftuenden Lücken.

Und dann waren da noch andere Wellen, die über die Krankenhäuser einbrachen. Die Politik versuchte unter anderem mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

(PpUGV) oder dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) den Pflege-notstand zu beseitigen und mehr Pflegekräfte durch zusätzliche Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen ins System zu bringen. Diese Maßnahmen waren eher eine Ohrfeige für das Pflegepersonal, denn es hat sich in Deutschland nicht wesentlich etwas an der Gehaltsstruktur oder an der Attraktivität des Pflegeberufes geändert. Diese Welle schwappte bürokratisch hoch, vererbte jedoch ohne viel Wirkung.

Aber es sollte nicht bei diesen bürokratischen Wellen bleiben. Die Kostenträger sind natürlich bemüht, die hohen Corona-Kosten wieder einzutreiben. Man kann schon von Tsunamis sprechen, die den Verwaltungsaufwand im deutschen Gesundheitswesen in ungeahnte Höhen treiben. Da wären die MDK-Reformgesetze, das letzte aus 2020. Das hat die Krankenhäuser mit den Strukturprüfungen und den Massen an zu

Krankenhäuser müssen sehr leidensfähig sein, haben sie doch in den letzten Jahren so einige Wellen über sich ergehen lassen müssen.

übermittelnden Unterlagen und den Selbstauskunftsbögen überrollt.

Der Fairness halber muss allerdings auch gesagt werden, dass die entsprechenden Kolleginnen und Kollegen bei den Medizinischen Diensten auch überrascht waren. Nach vielen Rückmeldungen von Mitglieder der DGfM scheint aber nicht jeder Medizinische Dienst in den einzelnen Bundesländern die Prüfaufgabe mit Souveränität, angemessenen Augenmaß und Praxisbezug zu erledigen, wie es z.B. durch den hessischen MD erfolgte. An das Kopieren und Übermitteln von Zeugnissen, Urkunden, Dienstplänen, Fortbildungsnachweisen etc. waren viele Krankenhäuser ja schon gewöhnt. Aber das Krankenhäuser z.B. nun Inventar- bzw. Medizinprodukteverzeichnisse von Intensivstationen mit Gerätenummern und den Nachweisen der Benutzereinweisungen pro Gerät vorbringen müssen, sprengt den Rahmen. ▶

„Es drängt sich in den letzten Jahren der Verdacht auf, dass in den entsprechenden Gremien zur Weiterentwicklung von Verfahren und Gesetzen im deutschen Gesundheitswesen niemand mehr mit Praxisbezug mitarbeitet!“

Kaum war diese Woge abgearbeitet, kommt der nächste Brecher – die Prüfverfahrensvereinbarung für 2022. Wieder mit geänderten Ver-

Bis zum MD-Verfahren dürfen die Kassen aus Datenschutzgründen nur § 301-Daten erhalten. Nun müssen die Krankenhäuser komplette

fahren, Verordnungen und Gesetzen Mitarbeitende in deutschen Krankenhäusern einzubeziehen, die noch mit beiden Füßen in der Realität der täglichen Praxis stehen. Damit es wieder zu einer effizienten, konsensorientierten, wirtschaftlichkeitsorientierten und konstruktiven Arbeitsweise sowohl in den Krankenhäusern, als auch beim Medizinischen Dienst und den Krankenkassen kommt! Ohne bürokratische Wellen! ■

„Die Kostenträger sind natürlich bemüht, die hohen Corona-Kosten wieder einzutreiben. Man kann schon von Tsunamis sprechen, die den Verwaltungsaufwand im deutschen Gesundheitswesen in ungeahnte Höhen treiben.“

fahrensweisen und Fristen. Das Vorverfahren bzw. der Falldialog bleibt, auch dass dieses Verfahren nicht auf die Prüfquote angerechnet wird. Der MD kann auch weiterhin ohne Falldialog direkt beauftragt werden, die Unterlagen sind innerhalb von acht Wochen an den MD zu senden. Alle in der PrüfV genannten Fristen sind nun allerdings als Ausschlussfristen gekennzeichnet, so dass Krankenhäuser gar nicht mehr auf die Idee kommen können, zu Unrecht einbehaltene Gelder einklagen zu können.

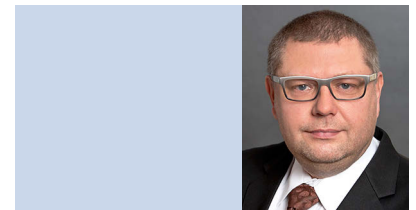
Neu aufgesetzt ab 2022 ist das Erörterungsverfahren. Nach dem abschließenden Kostenbescheid der Krankenkassen nach MD-Verfahren müssen die Krankenhäuser bei Dissens nun den Sachverhalt innerhalb von sechs Wochen bestreiten. Parallel dazu kann das Erörterungsverfahren eingeleitet werden. Dieses kann mündlich oder schriftlich erfolgen, alle erforderliche Daten des Streitbefangenen Falles einschließlich der bereits an den MD übermittelten Daten und die ausführliche Einwendung oder Argumentation sind innerhalb von vier Wochen bei der Krankenkasse vorzulegen. Wer bei den Kostenträgern die Erörterung durchführt, ist nicht festgelegt. Allerdings ist im § 10 der neuen PrüfV akribisch festgelegt, wie umfangreich und ausführlich die Dokumentation (Protokoll) des Verfahrens sein muss. Das Erörterungsverfahren inklusive Protokoll sind bei Nichteinigung mit der Krankenkasse Voraussetzung für das Sozialgerichtsverfahren. Auch hier gibt es wieder jede Menge Ausschlussfristen. Alle genannten und nicht genannten Maßnahmen sollen dazu führen, die Belastung der Sozialgerichte zu mindern...

Akten an die Kassen schicken. Auch die Krankenkassen sind von der neuen PrüfV überrollt worden. Wer soll hier das Erörterungsverfahren durchführen?

Sozialversicherungsfachangestellte, die ständig rotieren und sich mit den Krankheitsbildern einzelner Krankenhäuser nur selten auskennen? Die in ihrer Ausbildung keine medizinische Kenntnisse erhalten und aus dem Grunde die MD-Prüfungen auslösen? Oder werden bei den Krankenkassen nun spezielle Task Forces gebildet? Mit Mitarbeitenden, die aus medizinischen Bereichen kommen oder auch erst umfangreich und aufwendig geschult werden müssen? Auch im Krankenhaus erhöht sich der administrative Aufwand um ein Vielfaches, nicht nur durch das Erörterungsverfahren, auch die diversen Fristen müssen überwacht werden. Dazu kommt, dass auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen keine einheitlichen Prüfregeln hat und somit Fälle, die in Berlin oder Hessen nicht beanstandet werden, in Sachsen-Anhalt oder Nordrhein-Westfalen zu Rechnungskürzungen führen. Von den damit verbundenen Strafzahlungen und Erhöhung der Prüfquoten soll hier gar nicht erst geschrieben werden.

Es drängt sich in den letzten Jahren der Verdacht auf, dass in den entsprechenden Gremien zur Weiterentwicklung von Verfahren und Gesetzen im deutschen Gesundheitswesen niemand mehr mit Praxisbezug mitarbeitet! Abschließend geht der Appell an die Verantwortlichen in Politik, des GKV-Spitzenverbandes und der deutschen Krankenhausgesellschaft bei der weiteren Entwicklung von Prüfver-

Dirk Hohmann
Generalsekretär der DGfM



Dirk Hohmann