WIENKE & BECKER – KÖLN

RECHTSANWÄLTE

Ärztliche Therapiefreiheit versus MDK-Kontrollen

Möglichkeiten und Grenzen von MDK-Prüfungen

Albrecht Wienke

Die Abrechnungsprüfungen durch Krankenkassen und Medizinische Dienste der Krankenkassen (MDK) führen immer wieder zu Konflikten mit den Krankenhäusern und den dort behandelnden Ärzten und beschäftigen seit geraumer Zeit Politik und Rechtsprechung.

Die in den vergangenen Jahren erheblich zugenommenen Versuche der Krankenkassen, die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes der Patienten zu Gunsten einer ambulanten Behandlung oder Operation gänzlich in Frage zu stellen und/oder jedenfalls die Dauer eines stationären Aufenthalts unter die untere Grenzverweildauer zu "drücken", stellen ein mittlerweile allseits bekanntes und gleichsam für alle Beteiligten unangenehmes Problem dar. Grundsätzlich sind die Gesetzlichen Krankenkassen berechtigt und verpflichtet, nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 2. Alt. des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) „bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen". Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, zuletzt mit Urteil vom 16.05.2013 – B 3 KR 32/12 R) berechtigt dies die Krankenkassen jedoch nicht zu routinemäßigen Abfragen mit dem Ziel einer Kostenreduzierung. Es ist daher in vielen Fällen schon fraglich, inwiefern eine prüfungsrelevante „Auffälligkeit" vorliegt, wenn der stationäre Aufenthalt der unteren Grenzverweildauer entspricht.

Die Tatsache, dass ein Versicherter innerhalb der vorgesehenen Grenzverweildauer im Krankenhaus behandelt wird, kann nach Maßgabe des BSG allein grundsätzlich keine Auffälligkeit im dargestellten Sinne begründen. Denn bei Krankenhausaufenthalten innerhalb der Grenzverweildauer handelt es sich nach dem Verständnis der das DRG-System jährlich vereinbarenden Spitzenverbände der Krankenkassen (heute: Spitzenverband Bund der Krankenkassen), dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft um Regelbehandlungszeiträume, innerhalb derer eine Leistungserbringung gerade nicht auffällig ist. Dies gilt auch dann, wenn eine Krankenhausbehandlung an der unteren Grenzverweildauer durchgeführt worden ist und für die Krankenkasse ein besonde-

rer wirtschaftlicher Anreiz zur Prüfung besteht. (Trotz medizinisch korrekter Leistungserbringung können die Krankenkassen zum Teil Abschläge von weit über 50 % des vorgesehenen DRG-Entgelts realisieren). Ob derartig hohe Abschläge beim Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer grundsätzlich sinnvoll sind oder eher Anlass für Fehlentwicklungen im DRG-System bieten – wie das BSG meint –, mögen die Vertragspartner des § 17b Abs 2 KHG überdenken.

Gegen einen "Anfangsverdacht" und damit gegen eine Auffälligkeit der Krankenhausabrechnung spricht das immer wieder vorgetragene Argument des MDK oder der Krankenkassen, es handele sich um eine planbare Operation und Gründe für deren Nichtdurchführung am Aufnahmetag seien nicht ersichtlich. Die Tatsache, dass gerade nicht auf eine Auffälligkeit im Einzelfall abgestellt wird, macht deutlich, dass mit diesen Vorhalten "ins Blaue hinein" argumentiert wird und gerade keine spezifische Auffälligkeit vorliegt. Derartig ungezielte und nicht durch Rechnungsauffälligkeiten gekennzeichnete Abrechnungsprüfungen wollte der Gesetzgeber gerade vermeiden *(vgl. BT-Drucks 16/3100 S 171)* – sie sind unzulässig.

Grundsätzlich ist der MDK aber gesetzlich berechtigt, bei Vorliegen solcher spezifischen Auffälligkeiten die medizinische Notwendigkeit von stationären Leistungen zu beurteilen. Inwiefern die Prüfung von fachärztlichen Behandlungen auch durch einen entsprechenden Facharzt des MDK zu erfolgen hat, ist in erster Linie eine medizinisch-ärztliche, keine zwingend rechtliche Voraussetzung. Es erscheint jedoch naheliegend, dass die Frage, ob nach fachärztlichem Standard eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt, auch den fachärztlichen Kenntnisstand des MDK-Prüfers voraussetzt. Unabhängig von der Frage, wer die Abrechnungsprüfung vornimmt bzw. vorzunehmen hat, erscheint jedoch in jedem Fall die retrospektive Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit des stationären Aufenthalts problematisch.

Der behandelnde Arzt trägt die volle und in der Regel primäre zivilrechtliche und strafrechtliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten und entscheidet nach § 39 SGB V („nach Prüfung durch das Krankenhaus") über die Erforderlichkeit und Dauer der stationären Behandlung. Er – und nicht der MDK oder der Sachbearbeiter der jeweiligen Krankenkasse oder der Controller des Krankenhauses – trägt auch das Risiko der Haftung für Behandlungsfehler, etwa für eine aufgrund zu früher Entlassung des Patienten eingetretene Komplikation, die unter stationären Bedingungen (besser) hätte beherrscht werden können. Ob und wie lange eine stationäre Behandlung im konkreten Einzelfall erforderlich ist, hängt immer von der ex-ante-Einschätzung des behandelnden Arztes auf dem Boden der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und unter Berücksichtigung der Besonderheiten des

Einzelfalles ab und kann nicht retrospektiv beurteilt bzw. verneint werden, nur weil sich ein möglicherweise bestehendes Risiko tatsächlich nicht verwirklicht hat.

Es ist daher in jedem Fall anzuraten, die Behandlung nach dem erforderlichen Facharztstandard und unter Beachtung etwaig hierzu bestehender medizinischer Leitlinien durchzuführen. Die Grenzverweildauer als abrechnungsrelevantes Institut hat dabei die ärztliche Entscheidung über die stationäre Behandlungsbedürftigkeit grundsätzlich nicht zu beeinflussen. Um Vergütungseinbußen nach Abrechnungsprüfungen zu verhindern, empfiehlt es sich, die Gründe für die Entscheidung zur stationären (Weiter-) Behandlung täglich zu dokumentieren. Auch wenn es einem Patienten nach einem operativen Eingriff gut geht oder sich keine grundsätzlich bestehenden Risiken eines Eingriffs verwirklicht haben, bedeutet dies nicht automatisch, dass der Patient aus der stationären Behandlung entlassen werden müsste. Erst wenn sich nach der individuellen Einschätzung aller Gesamtumstände (z.B. Krankheitsbild, Nebendiagnosen, Alter, Allgemeinzustand, häusliches Umfeld, Wetterlage, regionale Versorgungsstruktur und Notfalleinrichtungen am Wohnort des Patienten etc.) der verantwortliche Arzt in Absprache mit dem Patienten dazu ein abschließendes Bild gemacht hat und den Patienten für „entlassungsreif" hält, darf die Entlassung des Patienten in die ambulante Weiterbehandlung erfolgen. Auch für diese Überleitung ist der behandelnde Arzt mitverantwortlich. Pauschale Aufenthaltsdauern bei bestimmten operativen Eingriffen gibt es in der Medizin nicht. Daher ist auch ein pauschales Rechtfertigungsverlangen der Krankenkassen gegenüber den behandelnden Ärzten, man habe die untere Grenzverweildauer überschritten, unzulässig. Nur wenn die Krankenkassen oder die Medizinischen Dienste konkrete einzelfallbezogene Auffälligkeiten rügen, rechtfertigt sich überhaupt eine solche Anfrage. Ohne eine solche Spezifikation sollte man pauschale Anfragen von Krankenkassen oder Medizinischer Dienste als unzulässig zurückweisen. Ist eine Anfrage der gesetzlichen Intention nach ausreichend spezifiziert und durch benannte Auffälligkeiten konkretisiert, muss der behandelnde Arzt seine Entscheidung für oder gegen eine stationäre Behandlung oder eine bestimmte Behandlungsdauer auf Basis der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse begründen.

Möglicherweise besteht jedoch Anlass zur Hoffnung, dass sich die Diskussion um die Abrechnungsprüfungen bald entspannen wird: Der Bundestag hat am 14.06.2013 einige Neuerungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beschlossen, die zur Beilegung der Konflikte zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen führen sollen. Mit der Gesetzesänderung werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, bis zum 31. März 2014 die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens für die Einzelfallprüfung durch den MDK vorzunehmen. Zudem sollen zur Klärung von Ab-

rechnungsstreitigkeiten bis zu einem Wert von 2.000,00 EUR künftig neu zu etablierende Schlichtungsausschüsse angerufen werden, um langwierige Klageverfahren zu vermeiden.

Rechtsanwalt Dr. A. Wienke
Fachanwalt für Medizinrecht

Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6
50677 Köln
Tel.: 0221 - 3765310
Fax: 0221 - 3765312
Mail: AWienke@Kanzlei-WBK.de