

Dieser Artikel wurde bereitgestellt von Verlag Beleke KG Essen

Kompetenzerweiterung für den Medizinischen Dienst

aus „ARZT und Krankenhaus“

Sieben Fragen an Prof. Dr. Martin Hansis, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen

Sachlage:

Durch das Fallpauschalengesetz ist im Aufgabenbereich des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) eine wesentliche Veränderung eingetreten: §275 Abs. I Nr. I SGB V sieht nunmehr folgendes vor:

„Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, I. Bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der **Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung** eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen. “

Dies wird noch forciert durch einen neuen § 17c, der dem Krankenhausfinanzierungsgesetz durch das Fallpauschalengesetz angefügt wurde. Dieser § 17c KHG präzisiert in Absatz I, dass der Krankenhausträger durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken hat, dass Fehlbelegungen vermieden werden, dass eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung des Patienten aus

wirtschaftlichen Gründen unterbleibt und dass die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausfälle ordnungsgemäß erfolgt.

In Absatz 2 dieses neuen § 17c KHG wird den Krankenkassen das Recht eingeräumt, gemeinsam durch Einschalten des Medizinischen Dienstes die Einhaltung der vorgenannten Verpflichtungen durch Stichproben überprüfen zu lassen.

Wird dabei aufgrund der Stichprobenüberprüfung festgestellt, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden, ist - sofern grobe Fahrlässigkeit bei der zu hohen Abrechnung nachgewiesen wird - der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in der gleichen Höhe zurückzuzahlen.

Vorgesehen ist auch, dass ein Schlichtungsausschuss sowohl vom Krankenhausträger wie auch von den Krankenkassen angerufen werden kann, soweit sich die Vertragsparteien über die Prüfergebnisse und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen können. Dieser Schlichtungsausschuss legt im übrigen auch Einzelheiten zur fachlichen Qualifikation der Prüfer des MDK, zur Größe der Stichprobe, zur Möglichkeit der Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und zur Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor einer Weiterleitung an die Krankenkassen fest.

Alles in allem wächst durch das Fallpauschalengesetz dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gegenüber dem Status quo ein erheblicher Kompetenzgewinn zu, der aus Sicht der Krankenhausärzte Anlass zur Nachfrage beim MDK gibt.

Arzt und Krankenhaus: Durch das Fallpauschalengesetz ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ein deutlicher Aufgabenzuwachs im stationären Bereich zugefallen: Auf gemeinsame Veranlassung der Krankenkassen können durch Stichproben insbesondere die Vorzeitigkeit einer Verlegung oder Entlassung von Patienten aus wirtschaftlichen Gründen und auch die ordnungsgemäße Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausfälle überprüft werden. Wird damit der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zur obersten Kontrollinstanz im Krankenhaus?

Prof. Dr. M. Hansis: Der MDK wird mit Sicherheit nicht „oberste Kontrollinstanz“. Man hat ihm Aufgaben zugewiesen, drei definierte Fragen zu beantworten (richtige Kodierung - Notwendigkeit der stationären Aufnahme - angemessene Aufenthalts-

dauer), und dies nach einem Verfahren, welches zwischen den Partnern auf Landesebene im einzelnen zu konsentieren ist. Ob nun die Prüfung nach § 275 SGB V (im Sinne einer Einzelfallprüfung) oder nach § 17c KHG (im Sinne einer Stichprobenprüfung) durchgeführt wird - stets können diese Überprüfungen (bezogen auf die Gesamtheit der stationären Behandlungen) nur Stichprobencharakter haben. Voraussetzung für eine richtige Abrechnung und angemessene Vergütung ist und bleibt damit in erster Linie ein stimmiges System der DRGs und der Fallgewichte sowie vernünftige, stimmige und plausible Kodierregeln.

Arzt und Krankenhaus: Sind diese Aufgaben, die sicherlich große Sachkunde erfordern, mit dem derzeitigen Personalstamm des MDK zu schultern oder bedarf es einer umfangreichen quantitativen und qualitativen Aufrüstung des MDK-Stammes?

Prof. Dr. M. Hansis: Im Augenblick kann noch kaum überblickt werden, wie viel Zeitaufwand die einzelne Prüfung erfordert, ebenso wenig kann im Augenblick überblickt werden, welchen Stellenwert Einzelfallprüfung und Stichprobenprüfung zueinander in Zukunft haben werden. Vernünftig, und tatsächlich im Sinne einer „stichprobenartigen Supervision“ eingesetzt dürften die Kapazitäten wohl eben ausreichen.

Arzt und Krankenhaus: Sehen Sie quasi eine Umwandlung der bisherigen primären Aufgabenstellung des MDK als „Fehlbelegungs-Kontrolleur“ in eine „Instanz zur Verhinderung von Frühentlassungen“? Bedeutet dies, dass die MDK-Prüfungen auf der Basis des AEP-Verfahrens hinfällig werden oder zumindest stärker in den Hintergrund treten? Arbeitet der MDK derzeit an der Entwicklung eines Mindestverweildauerkataloges?

Prof. Dr, M. Hansis: Im Vordergrund werden zunächst die Fragen nach der „Notwendigkeit der stationären Aufnahme“ und der „richtigen Kodierung“ stehen. Wenn es gelingt, hier bis Anfang 2003 eine gut handhabbare und überzeugende Prüfroutine zu entwickeln und diese (wie es das Gesetz vorgibt) mit den Partnern zu konsentieren und sie anschließend Zug um Zug anzuwenden, wird man sehr zufrieden sein müssen. Die Frage der „unangemessen frühen Entlassung“ ist medizinisch-inhaltlich sowie methodisch ausgesprochen schwierig. Bis diese Eingang in eine Prüfroutine finden kann, wird es sicher noch längere Zeit in Anspruch nehmen.

Arzt und Krankenhaus: Sehen Sie in dem nunmehr gesetzlich vorgesehenen „Dialog zwischen MDK und Krankenhausträger“ eher eine positive Entwicklung, die dazu dienen wird, vorhandenen Widerstand gegen die Arbeit des MDK im Krankenhaus abzubauen? Zu denken ist hierbei insbesondere an den nun vorgesehenen Schlichtungsausschuss, der unter anderem Vorgaben für die Begleitung der MDK-Prüfer durch Krankenhausärzte und die Besprechung der Prüfergebnisse mit den Krankenhausärzten vor der Weiterleitung an die Krankenkassen erarbeiten soll.

Prof. Dr. M. Hansis: Wenn es gelingt, wie vorgesehen, bis Anfang 2003 für die oben genannten beiden Themen die medizinisch-inhaltlichen Kriterienkataloge zu entwickeln und darüber hinaus eine Prüfroutine (sowohl hinsichtlich der Einzelfall- als auch der Stichprobenprüfung), die gesamte Prüfroutine mit den Krankenhausgesellschaften zu konsentieren und sie anschließend (wie ebenfalls vorgesehen) allgemein bekannt und zugänglich zu machen, dann besteht unseres Erachtens eine Chance, dass die Tätigkeit des MDK auch von den Krankenhäusern als das wahrgenommen wird, was sie eigentlich sein sollen - nämlich als die Erfüllung einer notwendigen Aufgabe in einer allgemein akzeptierten Weise.

Arzt und Krankenhaus: Vielleicht lässt sich bereits jetzt die Stoßrichtung der künftigen Abrechnungsüberprüfung durch den MDK charakterisieren: Wird bei der nachträglichen Hinterfragung der Hauptdiagnosendeclaration bei multiplen Behandlungsdiagnosen die Entscheidung „falsch“ oder „richtig“ an den hieraus jeweils resultierenden Kosten festgemacht getreu dem Motto „der billige Weg ist ausschließlich der richtige“?

Prof. Dr. M. Hansis: Hinsichtlich der „richtigen“ oder „falschen“ Kodierung ist der MDK nicht mehr oder weniger klug als die Krankenhausärzte. Zunächst wird es für beide Seiten schlicht darum gehen, die vorhandenen Kodierregeln richtig zu kennen und richtig anzuwenden. Dort wo es wesentliche Interpretationslücken gibt, wird man in erster Linie die Kodierregeln nacharbeiten müssen.

Arzt und Krankenhaus: Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, durch Stichprobenüberprüfungen der Abrechnung von bereits bezahlten Krankenhausleistungen zweifelsfrei grobe Fahrlässigkeit des Krankenhauses bei erfolgter zu hoher Abrechnung nachweisen zu können?

Prof. Dr. M. Hansis: Hierzu sind nach unserer Kenntnis im Augenblick keine seriösen Schätzungen möglich.

Arzt und Krankenhaus: In welchen Punkten ist aus der Sicht des MDK die jetzige gesetzliche Regelung nicht ausreichend im Sinne einer sachgerechten Überprüfung der Krankenhausleistungen?

Prof. Dr. M. Hansis: Im Zusammenhang dieses Fragenkataloges geht es ausschließlich um die in § 17c genannten Items (richtige Kodierung, Notwendigkeit der Aufnahme und Dauer des stationären Aufenthaltes). Nach unserer Einschätzung gibt das Gesetz in der vorliegenden Form genug Möglichkeiten, diese Items zu hinterfragen.

GEN

*Prof. Dr. Martin Hansis,
Leitender Arzt und stell-
vertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen*

