



Roos Nelskamp & Partner

Rechtsanwälte Fachanwälte

Fon: 0228 945 91-0

Fax: 0228 945 91-11

roos@roos-nelskamp.de

www.roos-nelskamp.de

Rechtsanwalt Dr. jur. Christoph Roos und Heiner Fey, Bonn¹

Einführung in die rechtlichen Aspekte der Abrechnungsprüfung durch den MDK

- Teil 1 -

in Kooperation mit myDRG

I. Einleitung

Die Arbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen des § 275 SGB V stößt häufig auf den Unmut von Leistungserbringern und Versicherten; vereinzelt auch der Leistungsträger. Dies nicht nur, weil das in der klinischen Praxis sog. „MDK-Widerspruchsverfahren“ für die Krankenhäuser personal- und zeitaufwendig ist, sondern auch, weil das Ergebnis der Arbeit des MDK zu Kürzungen (eher selten zur Erhöhung) der Abrechnungen der Krankenhäuser führt. Für Versicherte kann die Begutachtung durch den MDK dazu führen, dass sie eine Leistung gar nicht oder nicht so wie beantragt erhalten. Wegen der Fülle der Aufgaben des MDK muss dieser Beitrag darauf begrenzt werden, seine Rolle und Funktion im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu untersuchen. Teil I setzt sich abstrakt mit Systematik und Zweck des § 275 SGB V auseinander, die Teile II und III untersucht sodann konkret Voraussetzungen und Umfang einer MDK-Anfrage, sowie die Anforderungen an den MDK und seine gutachterlichen Stellungnahmen. Die Teile IV und V dieses Beitrages werden sich schließlich mit formellen Aspekten des Prüfverfahrens befassen.

II. Zweck und Systematik des § 275 SGB V

Die Autoren möchten nicht schon zu Beginn des Beitrages durch die theorielastige Einführung in das Thema abschrecken und können bereits jetzt versichern, dass die nachfolgenden Teile praxisorientierter sein werden. Für das Verständnis der Zusammenhänge des MDK-Verfahrens halten wir es jedoch für erforderlich, Zweck und Systematik des § 275 SGB V voranzustellen.

¹Der Autor Dr. Christoph Roos ist Fachanwalt für Sozialrecht und Arbeitsrecht. Zudem berät er schwerpunktmäßig Einrichtungen des Gesundheitswesens in Fragen des Medizin- und Arztrechts im gesamten Bundesgebiet.

Der Autor Heiner Fey ist Diplomburmeister, wissenschaftlicher Mitarbeiter von Dr. Christoph Roos, Krankenpfleger und klinische Kodierfachkraft

1. Normzweck

Schon in der Vergangenheit hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit gesehen, dass den Krankenkassen die Möglichkeit zukommen müsse, die Wirtschaftlichkeit der Behandlung ihrer Versicherten überprüfen zu können. Daher sah bereits die Reichsversicherungsordnung (RVO) in ihrem § 369 b vor, dass die Krankenkassen eine Fallprüfung durch den seinerzeit sogenannten Vertrauensarzt des Vertrauensärztlichen Dienstes (VäD) veranlassen konnten. § 275 SGB V ersetzt den zum 01.01.1989 weggefallenen § 369 b RVO, der MDK ist Nachfolgeorganisation des VäD. Trotz zahlreicher Gesetzesänderungen stehen zwei grundlegende Aspekte weiterhin im Vordergrund.

a) Wirtschaftlichkeitsgebot

Zum einen sind Krankenkassen und Krankenhäuser unverändert an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden. Dessen Beachtung dient nicht zuletzt der vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung betonten Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. § 12 Absatz I Satz 2 SGB V regelt hierzu:

„Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, [...] dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Wann eine Krankenhausbehandlung als Leistung im vorstehenden Sinne „notwendig und wirtschaftlich“ ist, regelt § 39 Absatz I Satz 2 SGB V. Es zählt zu den Pflichten der Krankenkassen, die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes durch die Krankenhäuser und damit auch deren Abrechnungen zu überprüfen. Stellt sich heraus, dass eine Leistung „nicht notwendig oder unwirtschaftlich war“, so darf sie die Kosten dafür nicht erstatten.

b) Sozialdatenschutz

Zum anderen dürfen die Krankenkassen diese Überprüfung aus sozialdatenschutzrechtlichen Gründen nicht selber durchführen. Das bedeutet damals wie heute, dass die Krankenkassen einerseits nicht ungeprüft Abrechnungen der Krankenhäuser begleichen müssen, andererseits die Einzelheiten der Leistungen der Krankenhäuser im schutzwürdigen Interesse der Versicherten nicht kennen dürfen, also im Ergebnis aus eigener Erkenntnis heraus nicht feststellen können, ob eine Leistung wirtschaftlich im Sinne des § 39 SGB V und deren Abrechnung damit auch berechtigt ist. Unter anderem ist es Aufgabe des MDK eben diese Kluft zu überbrücken. Zum einen soll der MDK in Kenntnis der Einzelheiten der Behandlung nach Übersendung der Behandlungsdokumentation und unter Wahrung des Sozialdatenschutzes für die ihn beauftragenden Krankenkassen feststellen, ob die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe und im Rahmen des § 39 SGB V erbracht und zurecht abgerechnet wurden. Zum anderen sollen die fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter des MDK der Bewältigung von Konflikten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nutzbar gemacht werden. Inwieweit sich diese gewiss löbliche Idealvorstellung des Gesetzgebers hat realisieren lassen, zeigen die unterschiedlichsten Erfahrungen aus der Praxis.



2. Systematik des § 275 SGB V

Die Überschriften des 9. Kapitels („Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“) und des 1. Abschnitts („Aufgaben“) lassen vermuten, der einleitend folgende § 275 SGB V regelt konkret die Aufgaben des MDK. Verwundert wird man feststellen, dass am Anfang der Absätze I, II, III und IV jeweils von den Pflichten der Krankenkassen die Rede ist und man wird sich vielleicht fragen, ob die Krankenkassen zugleich den MDK bilden. Die missglückte Fassung der Norm wird noch deutlicher, wenn man sie daraufhin untersucht, welche Funktionen der MDK gegenüber den Krankenhäusern ausübt. Nachdem man in Absatz I mit einer Fülle von Fällen konfrontiert wurde, in denen eine Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme vom MDK einzuholen hat, könnte sich aus Absatz I c folgern lassen, dass für Krankenhäuser nur Absatz I Nr.1 anwendbar sein soll. Der im Zusammenhang dieses Beitrages relevante Teil des Absatz I lautet:

„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,

1. *bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,*
2. *[...]*
eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinische Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.“

Absatz I c Satz 1 lautet:

„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz I Nr.1 zeitnah durchzuführen.“

Man wird sich unweigerlich fragen, ob die vor Absatz I Nr.1 stehenden Fälle (gesetzliche bestimmte Fälle; Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung; Krankheitsverlauf) für Krankenhäuser nicht einschlägig sein sollen. Es verwundert auch, dass von den Krankenkassen eigentlich das Merkmal der „Erforderlichkeit“ zu beachten ist, dieses jedoch durch die Verweisung in Absatz I c für Krankenhäuser ausgeschlossen zu werden scheint.

a) Prüfungsumfang

Wegen der Verweisung auf § 39 SGB V in Abs. I c Satz 1 bedarf es der vor Nr.1 stehenden Erwägungen des Absatzes I eigentlich nicht. Der Verweis in Absatz I c Satz 1 macht hinreichend deutlich, dass grundsätzlich jede Besonderheit einer Krankenhausbehandlung als Prüfungsanlass in Frage kommt. Die Einbeziehung der genannten Erwägungen schadet aber auch nicht, da sie als Teilmenge der Prüfungsanlässe gesehen werden können, die durch die Nr.1 und den Verweis auf § 39 in Absatz I c Satz 1 noch erweitert werden. In der Praxis werden Einbeziehung oder Weglassung der Erwägungen vor Absatz I Nr.1 nicht zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, denn der Prüfungsumfang, den die Gerichte ohnehin gewähren, ist sehr weit gefasst. Der Streit ist eher akademischer Natur und kann für die Anwender in der Praxis dahinstehen.



b) Merkmal der Erforderlichkeit

Das Merkmal der „Erforderlichkeit“ ist in die hier favorisierte, weglassende Variante hineinzulesen. Aus der Systematik der Norm ergibt sich unproblematisch, dass das Merkmal der „Erforderlichkeit“ stets anzuwenden ist. Auf der sog. „Rechtsfolgenseite“ des Absatzes I sind die Krankenkassen verpflichtet, eine Stellungnahme des MDK einzuholen. Ihnen steht also kein Ermessen zu, ob eine Prüfung durchgeführt werden soll. Da es jedoch für beide Seiten unwirtschaftlich wäre, jeden Krankenhausbehandlungsfall prüfen zu lassen, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen auf der sog. „Tatbestandsseite“ der Norm einen sog. „Beurteilungsspielraum“ dahingehend eingeräumt, dass sie selber entscheiden müssen, in welchen Fällen eine Prüfung erforderlich sei. Diese beiden Begriffe in die richtige Prüfungsreihenfolge gebracht, müssen die Krankenkassen auf der Tatbestandsseite selbständig prüfen und feststellen, ob sie in einem konkreten Fall die Überprüfung einer Abrechnung für erforderlich halten. Wenn sie diese Frage bejahen, dann sind sie auf der Rechtsfolgenseite verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

Um die umständliche gefasste Norm aufzulösen und „lesbar“ zu machen, möchten die Autoren ihre Lesart der für Krankenhäuser einschlägigen Regelung des § 275 SGB V den weiteren Ausführungen voranstellen:

„Die Krankenkassen sind (in den erforderlichen Fällen)[...] verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen (nach § 39), 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.“

Krankenhäuser betreffende Prüfungen nach § 17c Abs. II KHG und aufgrund anderer Rechtsgrundlagen werden in diesem Beitrag nicht berücksichtigt.

3. Verhältnis von Absatz I Nr. 1 zu Abs. Ic

Wie sich gezeigt hat, soll Abs. Ic Satz 1 den Abs. I nicht begrenzen, sondern durch den Verweis auf § 39 SGB V lediglich konkretisieren. Unabhängig davon haben die beiden Absätze verschiedene Regelungsinhalte. Absatz I bestimmt, der Lesart der Autoren folgend, in welchen Fällen die Krankenkassen eine Prüfung durch den MDK zu veranlassen haben.

Absatz Ic hingegen trifft, wenn auch unzureichend, so doch überwiegend formelle Regelungen über Einleitung und Ablauf der Prüfung. Satz 1 ordnet eine „zeitnahe“ Durchführung der Prüfung an. Satz 2 regelt Frist, Einleitung des Prüfverfahrens und Mitteilungspflicht des MDK an die Krankenhäuser. Satz 3 regelt die Aufwandsentschädigung der Krankenhäuser für den Fall, dass die Prüfung nicht zu einer Änderung des Rechnungsbetrages führt.

Der Beitrag wird fortgesetzt.

