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 (Bonn)[1]

Einführung in die rechtlichen Aspekte der Abrechnungsprüfung durch den MDK

- Teil 3 -

in Kooperation mit myDRG®

Fortsetzung von Teil 2 dieses Beitrages.

3. Prüfungsumfang des MDK und dessen Begrenzung

a) Vorüberlegung

Es ist eine der wohl komplizierteren Fragen, ob der Prüfungsumfang des MDK begrenzbar oder durch die konkreten Fragen der Krankenkassen sogar begrenzt ist. Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, dass der MDK nur tatsächliche Fragen beantworten kann und darf. Eine rechtliche Würdigung des Behandlungsfalles steht nicht ihm, sondern allein den Krankenkassen zu. Nähme der MDK allein eine rechtliche Würdigung eines Behandlungsfalles vor, so dürfte sich die Krankenkasse darauf nicht stützen. Mit anderen Worten: Der MDK ist nur dazu berufen, medizinische Fragen sachverständig zu begutachten und zu beantworten. Welche tatsächlichen (medizinischen) Fragen indes einer Antwort harren, um eine rechtliche Würdigung vornehmen zu können, ist von den Krankenkassen zu beurteilen. Die Krankenkassen müssen also im Vorfeld der MDK-Anfrage entscheiden, welche Fragen zu klären sind, um darüber befinden zu können, ob die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung rechtmäßig ist. Sie werden also, an oben stehendes Beispiel (s. Teil II) anknüpfend, eine Stellungnahme des MDK dazu erbitten, ob die Kodierung des Pleuraergusses (J90) berechtigt ist. Die Beantwortung dieser Frage kann, vereinfachend gesagt, nur Ja oder Nein lauten. Auf diese Ja/Nein-Antwort hin erfolgt die rechtliche Würdigung durch die Krankenkassen, die schließlich der Abrechnung der erlössteigernden J90 zustimmen oder diese zurückweisen und lediglich einen Rechnungsbetrag ohne Berücksichtigung der Nebendiagnose J90 begleichen werden.

b) Voraussetzungen

[1]Der Autor Dr. Christoph Roos ist Fachanwalt für Sozialrecht und Arbeitsrecht. Zudem berät er schwerpunktmäßig Einrichtungen des Gesundheitswesen in Fragen des Medizin- und Arztrechts im gesamten Bundesgebiet
Der Autor Heiner Fey ist Diplomjurist, wissenschaftlicher Mitarbeiter von Dr. Christoph Roos, Krankenpfleger und klinische Kodierfachkraft

Voraussetzung für die ordnungsgemäße Beantwortung einer Anfrage einer Krankenkasse sollte eine umfassende Würdigung aller Tatsachen eines Behandlungsfalles sein. Der MDK muss, um die Anfrage einer Krankenkasse überhaupt korrekt beantworten zu können, alle Einzelheiten des Behandlungsfalles kennen und in einer Gesamtschau würdigen. In diesem Zusammenhang erscheint es fragwürdig, dass bisweilen von einzelnen MDKs zur Begutachtung lediglich der Arztbrief und bestenfalls wenige zusätzliche Unterlagen herangezogen werden, die eine Behandlung in ihrer ganzen Komplexität nicht widerspiegeln und für sich genommen keine geeignete Grundlage für die Beurteilung eines Behandlungsfalles darzustellen vermögen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil der Entlassungsbericht den weiterbehandelnden ärztlichen Kollegen vor allem über den Verlauf und Ausgang der Krankenhausbehandlung informieren soll, nicht jedoch über die Einzelheiten der Behandlung selbst. Einschränkend ist jedoch zu sagen, dass es in einfach gelagerten Fällen gerechtfertigt sein mag, nicht die vollständige Behandlungsdokumentation anzufordern, wenn sich aus der MDK-Anfrage deutlich ergibt, dass sich diese schon mit einer begrenzten Auswahl an Behandlungsunterlagen beantworten lässt. Indes steht es den Krankenhäusern natürlich frei, bereits bei der Anforderung von Behandlungsunterlagen durch den MDK und in Kenntnis der konkreten Anfrage durch die Krankenkassen, zusätzliche Unterlagen einzureichen, von denen sie denken, dass sie zur Klärung der Frage erforderlich sind. Diese Unterlagen wird der MDK berücksichtigen müssen. Sozialdatenschutzrechtliche Bedenken dürften hier nicht bestehen, zumal der MDK ohnehin befugt ist, in die gesamte Behandlungsdokumentation einzusehen. Schutzwürdige Interessen des Patienten dürften in dieser besonderen Situation zurücktreten.

c) Inhalt

Auf Grundlage der ihm zur Verfügung stehenden Behandlungsunterlagen ermittelt der MDK die Tatsachen, die für die Beantwortung der Anfrage erheblich sind. Aus diesen Tatsachen zieht er seine Schlussfolgerungen, aufgrund derer er dann die Fragen der Krankenkasse beantwortet. Grundsätzlich ist der MDK nur verpflichtet, die Fragen der Krankenkassen zu beantworten. An dieser Stelle drängen sich zwei Probleme auf.

-- Korrekte Fragestellung durch die Krankenkassen

Problematisch ist zunächst, ob die Krankenkassen die richtigen Fragen stellen. Während die Krankenhäuser im sozialgerichtlichen Verfahren Einfluss auf die Fragen eines Beweisbeschlusses des Gerichts nehmen können, steht ihnen diese Möglichkeit im MDK-Verfahren nicht offen. Die Krankenhäuser werden über die Fragen der Krankenkassen an den MDK erst dann in Kenntnis gesetzt, wenn ihnen diese vom MDK im Rahmen des § 275 Abs. Ic Satz 2 SGB V angezeigt werden. Dieses Problem darf für den klinischen Alltag wohl nicht überbewertet werden, zumal die Anfrage der Krankenkassen zumeist einfach nur darauf lautet, ob eine bestimmte Kodierung zutrifft. Das Problem der Einflussnahme auf die Fragestellungen an einen Gutachter wird sich also vorrangig erst im sozialgerichtlichen Verfahren stellen.

-- Mehr Antworten als Fragen

Fraglich ist weiterhin, ob der MDK die Krankenkassen auch darauf hinweisen muss, dass eine Abrechnung zu niedrig ist und ein Krankenhaus mehr fordern könnte, wenn es den Behandlungsfall zutreffend abgerechnet hätte. Diese Frage ist nicht eindeutig zu beantworten. Grundsätzlich ist der MDK

nur verpflichtet, die Fragen der Krankenkassen zu beantworten. Es gehört sicherlich nicht in seinen Aufgabenbereich, alle ihm vorgelegten Behandlungsfälle auf eventuell von den Krankenhäusern übersehene Abrechnungsmöglichkeiten hin zu untersuchen. Die ordnungsgemäße Abrechnung liegt im alleinigen Verantwortungsbereich der Krankenhäuser, die für mangelhafte Abrechnungen auch dann einzustehen haben, wenn sie zu niedrig ausfällt. Drängt sich bei Gelegenheit der Begutachtung jedoch ein Fehler in der Rechnungslegung geradezu auf, so ist unklar, ob der MDK Krankenkassen und Krankenhäuser darauf hinzuweisen hat.

Einerseits lässt sich vertreten, dass der MDK gleichsam als verlängerter Arm der Krankenkassen fungiere, indem er solche Aufgaben wahrnimmt, die die Krankenkassen aufgrund des Sozialdatenschutzes nicht selber wahrnehmen dürfen. Da die Krankenkassen ebenso wenig verpflichtet sind, die Krankenhäuser auf zu niedrige Abrechnungen hinzuweisen, wie die Krankenhäuser es sind, auf eine Überzahlung hinzuweisen, kann eine solche Pflicht auch den MDK nicht treffen. Abrechnungsfehler hat grundsätzlich diejenige Partei geltend zu machen, die sich durch den Fehler benachteiligt sieht.

Die Autoren sind hingegen die Ansicht, dass eine gedeihliche und kooperative Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Krankenkassen durchaus Raum dafür lässt, den jeweils anderen auf eventuelle Fehler, auch zu seinen eigenen Lasten, hinzuweisen und diesem die Möglichkeit der Berichtigung einzuräumen. Solche Hinweise sind freilich streng auf offensichtliche Fehler zu begrenzen und können nicht zu einer Pflicht erstarken, deren Verletzung zur Begründung eigener Ansprüche führt. Anderenfalls müssten Krankenhäuser und Krankenkassen die Entscheidung des jeweils anderen auf deren Richtigkeit hin überprüfen, was zu einer Risikoumverteilung führen würde, die gewiss nicht gewollt sein kann. Krankenhäuser und Krankenkassen sind und bleiben für ihr Handeln grundsätzlich allein verantwortlich.

d) Wenn die Stellungnahme des MDK in der Welt ist

Wenn die Stellungnahme des MDK den Krankenhäusern zur Kenntnis gegeben wird, beginnt das in der Praxis sog. „MDK-Widerspruchsverfahren“, das mit dem (sozial)verwaltungsrechtlichen Widerspruchsverfahren nur den Namen, nicht aber Voraussetzungen und Wirkungen teilt. Die Vorschriften über das Vorverfahren gemäß der §§ 77 ff. des Gesetzes über die Sozialgerichtsbarkeit (SGG) gelten hier nicht. Die Krankenhäuser werden zunächst anhand der Behandlungsdokumentation überprüfen, ob die Ergebnisse des Gutachtens zutreffen. Ist das der Fall, werden sie die Rechnungsänderung wohl akzeptieren. Kommen Sie jedoch zu dem Ergebnis, dass der MDK Aspekte übersehen hat, die gegen sein Ergebnis sprechen, so werden sie ihrerseits begründen und anhand der Behandlungsunterlagen belegen, dass die Abrechnung des Krankenhauses zutreffend erstellt wurde und deren Änderung nicht gerechtfertigt ist. Im Beispielt des Pleuraergusses wird das Krankenhaus beispielsweise belegen, dass eine Pleurapunktion durchgeführt und damit ein Aufwand betrieben worden ist, der die Kodierung der erlössteigernden Nebendiagnose J90 rechtfertigt. Was hier sehr einfach klingen mag, ist in der täglichen Praxis des Medizincontrollings der Krankenhäuser mit den größten Problemen behaftet. Wegen ihrer endlos groß erscheinenden Vielfalt und Komplexität können sie in dieser Einführung nicht behandelt werden.

Es sollen jedoch einige Standardsituationen, in denen sich Krankenhäuser, MDK und Krankenkassen wiederfinden können, nicht unerwähnt bleiben, wobei dieser Katalog gewiss nicht abschließend ist:

-- Der MDK akzeptiert einen Widerspruch

Die wohl angenehmste Situation für Krankenhäuser ist die, dass sich im Laufe des Widerspruchsverfahrens belegen lässt, dass eine vom MDK bestrittene Kodierung begründet und die Stellungnahme des MDK entsprechend zu ändern ist. Hier findet im Ergebnis keine Änderung des Abrechungsbetrages statt.

-- Der MDK lässt einen Widerspruch nicht genügen

Eine in der Praxis häufig auftretende Situation ist die, dass der MDK die im Widerspruchsverfahren von den Krankenhäusern geltend gemachten Begründungen und Belege für die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einer Leistung aus medizinisch durchaus streitigen Gründen nicht gelten lassen will. In diesem Zusammenhang spielt sehr häufig die Frage nach der Wirtschaftlichkeit einer bestimmten Behandlung (§ 39 SGB V) eine Rolle, zumal der MDK davon ausgehen mag, dass eine Leistung auch günstiger hätte erbracht werden können. Die Krankenhäuser müssen überlegen, wie viel Zeit und Personal sie auf den Widerspruch in einem konkreten Fall aufwenden wollen, wenn sich abzeichnet, dass der MDK seine Meinung nicht ändern wird. Wenn eine Sache gegenüber dem MDK ausgeschrieben ist, dann ist schon aus ökonomischen Gründen zu überlegen, ob andere Wege der Konfliktlösung einzuschlagen sind.

-- Der MDK verweigert sich beharrlich und ohne erkennbaren Grund dem Beleg eines Aufwandes

Diese Variante ist glücklicherweise nicht allzu oft, aber regelmäßig anzutreffen. Im Beispiel des Pleuraergusses mag der MDK eine mehrfach wiederholte Pleurapunktion nicht als Aufwand im Sinne der J90 akzeptieren, was jedoch allgemeiner Konsens sein dürfte. Hier ist in Erwägung zu ziehen, das eigentliche Widerspruchsverfahren zu unterbrechen und die Sache der dienstvorgesetzten Stelle des betreffenden Gutachters vorzutragen und dort um eine ergänzende Stellungnahme nachzusuchen. Natürlich können Krankenhäuser in einem solchen Fall auch Kontakt mit den Krankenkassen aufnehmen. Dabei ist jedoch stets zu bedenken, dass sie diesen aus Gründen des Sozialdatenschutzes nicht mehr sagen dürfen, als dass es über einzelne Abrechnungspositionen Streit gibt und eine ergänzende Stellungnahme durch einen weiteren MDK-Gutachter eingeholt werden müsste, um diesen Streit beizulegen. Da die Krankenkassen in einer solchen Situation die Gründe für diesen Streit weder kennen noch kennen dürfen, werden sie sich zurecht schwer tun, dem Ansinnen der Krankenhäuser zu folgen, da sie von ihrem Kenntnisstand aus zu dem Streit nicht Stellung beziehen können.

-- Situation des MDK unter umgekehrten Vorzeichen

Die vorstehend beschriebenen Situationen können sich freilich auch für den MDK ergeben. Auch der MDK kann, wenn er seine Stellungnahme nach eingehender Prüfung der Sachlage für zutreffend hält, darauf stoßen, dass ein Krankenhaus sich mit dieser Auffassung nicht zufrieden gibt und weiter darauf drängt, die Abrechnung sei richtig, möglicherweise ohne entsprechende Belege anzubieten. Auch dem MDK muss es dann zustehen, die Sache gegenüber dem Krankenhaus für ausgeschrieben zu er-

klären, seine abschließende Stellungnahme an die Krankenkasse zu senden und ihr die weiteren Entscheidungen überlassen.

-- Rolle der Krankenkassen im Widerspruchsverfahren

Den Krankenkassen kommt im Widerspruchsverfahren wegen des Sozialdatenschutzes im Grunde keine eigene Rolle zu. Sie wird die Stellungnahme des MDK abwarten müssen, dem ein Widerspruchsverfahren vorausgegangen sein mag und je nach Ergebnis der Stellungnahme entscheiden, wie weiter zu verfahren ist.

e) Erwägungen nach Stellungnahme des MDK und Entscheidung der Krankenkassen

Wie oben dargestellt, führen die Stellungnahmen des MDK und die darauf folgenden Entscheidungen der Krankenkassen im Wesentlichen zu zwei Ergebnissen. Die Rechnung bleibt unbeanstandet oder der Rechnungsbetrag wird vermindert. Kommt es zu einer Änderung des Rechnungsbetrages und haben die Krankenkassen noch nicht bezahlt, so werden sie den reduzierten Betrag anweisen. Ist bereits vorab gezahlt worden, haben die Krankenkassen die Möglichkeit den Fehlbetrag zurückzufordern oder mit einer anderen Forderung aufzurechnen, so dass sich der Auszahlungsbetrag auf eine andere Forderung um den entsprechenden Fehlbetrag mindert.

Ist dieser Verfahrensstand erreicht, bleibt grundsätzlich nur noch der Weg zum Sozialgericht, um den gesamten Betrag aus der ursprünglichen Rechnung zu erhalten. Es ist eine Leistungsklage nach § 54 Absatz V SGG zum Sozialgericht zu erheben. Es wird beantragt die Beklagte (Krankenkasse) zu verurteilen einen bestimmten Betrag nebst Zinsen an den Kläger zu zahlen. Der Höhe nach ist nur der Fehlbetrag, also die Differenz aus der ursprünglichen Rechnung und dem tatsächlich gezahlten oder der in der Aufrechnungserklärung bezeichnete Betrag einzuklagen.

Bevor Klage erhoben wird, sind aus anwaltlicher Sicht zwei für eine Klage entscheidende Faktoren abzuwägen. Einerseits ist das Prozessrisiko zu bewerten. Hier ist abzuwägen, wie wahrscheinlich ein Obsiegen oder Unterliegen in einem Rechtsstreit ist. 100-prozentige Sicherheit für den einen oder anderen Ausgang eines Prozesses gibt es nicht. Es ist aus anwaltlicher Sicht stets zu prüfen, ob der behauptete Anspruch nachvollziehbar dargelegt werden kann. Nur wenn der Anspruch zur vollen Überzeugung des Gerichtes feststeht, kann dieses dem Klageantrag stattgeben. Bleiben Zweifel, wird es die Klage abweisen. Andererseits ist das Kostenrisiko zu beachten. Dieser Begriff beschreibt das Risiko, die Kosten des Verfahrens im Fall des gänzlichen oder teilweisen Unterliegens ganz oder teilweise tragen zu müssen. Ist das Prozessrisiko einer Klage hoch, so steigt auch das Kostenrisiko des klagenden Krankenhauses. In diesem Fall lautet die einfache Frage, die sich der Kläger stellen muss: „Ist der Betrag, den ich bekommen könnte, dass Risiko wert, das ich für den Fall des Unterliegens eingehe?“ Einer anwaltlichen Beratung sollte stets eine genaue Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen vorausgehen. Die Abwägung von Prozess- und Kostenrisiko wird der Anwalt gemeinsam mit dem Krankenhaus vornehmen.

Zu Teil II dieses Beitrages

Dieser Beitrag wird fortgesetzt.