

MDK-Management in der Psychiatrie

Das alte System stößt an seine Grenzen!

Während in der Somatik weitgehend einheitlich und strukturiert Abrechnungsprüfungen nach Entlassung des Patienten und Übermittlung der Rechnungen an die Krankenkassen durchgeführt werden, zeigt sich in der Psychiatrie ein buntes Reigen von organisch gewachsenen und je nach Bundesland und

und Dauer aus der ex-post-Perspektive treffen zu können. In der Regel dauert dieses Verfahren einige Wochen, im Fall des Widerspruchs gegen die leistungsrechtliche Entscheidung der Kasse sogar Monate. Stellt eine Klinik zwischenzeitlich eine Endabrechnung, wird die Bezahlung unter Hinweis auf die fehlende Kostenübernahme abgelehnt. Für ein Krankenhaus bedeutet diese Vorgehensweise ein erhebliches Liquiditätsrisiko.

Rechtswidrige Zurückweisung von Rechnungen durch die Krankenkassen

Die beschriebene Vorgehensweise ist jedoch rechtswidrig, wie es bereits mit Urteil des Bundessozialgerichtes (Urteil vom 28.5.2003, B 3 KR 10/02 R) festgestellt wurde: Die Kostenübernahmeerklärung hat für den Zahlungsanspruch des Krankenhauses keine konstitutive Bedeutung in dem Sinne, dass davon die Zahlungspflicht der Krankenkasse abhängt. Sie hat allenfalls eine beweisrechtliche Funktion, falls sie abgegeben wird und den Behandlungszeitraum abdeckt. Somit kommt es auf die objektive Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung für die von einer Kostenübernahmeerklärung nicht abgedeckte Zeitspanne an. Nach den Regelungen in den Pflegegesetzvereinbarungen der Beteiligten wird ein Rechnungsbetrag in der Regel „spätestens 15 Arbeitstage nach Eingang der Rechnung fällig“. Der Rechnungsbetrag wird laut Bundessozialgerichtsurteil mit Ablauf dieser Frist fällig, ohne dass es auf eine zusätzliche fälligkeitsauslösende Erklärung der Krankenkasse ankommt. Ein Rückforderungsanspruch der Krankenkassen und die Möglichkeit späterer Aufrechnung gegen unbestrittene Forderungen des Krankenhauses aus anderen Behandlungsfällen werden durch

die Zahlung nicht ausgeschlossen. Die Krankenkasse verfügt ihrerseits über die Möglichkeit, die Prüfung der Abrechnung entsprechend § 275 SGB V einzuleiten. Dieses Urteil wurde noch einmal durch die kürzlich ergangene Entscheidung des Bayerischen Landessozialgerichts vom 7.2.2012

Das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik verlässt das Prinzip der krankenhausesindividuellen Kalkulation der Budgets und wird einheitlich festgelegte tagessbezogene Entgelte zu Grunde legen. Somit werden die Erlöse eines Krankenhauses von dessen Kosten entkoppelt und orientieren sich an den am Patienten erbrachten Leistungen und Diagnosen. Wie in der Somatik wird damit die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Häuser transparent und vergleichbar. Ein kritischer Erfolgsfaktor neben der standardisierten Dokumentation und Kodierung von psychiatrischen und psychosomatischen Diagnosen und Prozeduren sowie der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen ist das MDK-Management. Die Organisation des MDK-Managements in den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern ist meist bedarfsorientiert in den jeweiligen Abteilungen gewachsen. Die Einführung der DRG in der Somatik und die korrelierende Entwicklung des Prüfverhaltens der Krankenkassen haben gezeigt, dass eine solche Organisationsform in einem leistungsorientierten Entgeltsystem oft an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit stößt.

(Az.: L 5 KR 344/11) bestätigt: Das Krankenhaus erbringt durch die Krankenhausbehandlung eine Vorleistung und tritt damit regelmäßig in längerfristige Vorlage. Die Regelung in der Pflegegesetzvereinbarung löst daher eine primäre Zahlungspflicht der Krankenkasse innerhalb des vereinbarten Zahlungszieles aus. Das Prüfungsver-



Erika Raab
Leiterin der AG „Entgeltsystem in der Psychiatrie“ der DGfM
Leiterin Medizincontrolling, Dokumentation, Beschwerdemanagement und Sozialrecht, Klinikum Ingolstadt

Kasse divergierenden Prüfverfahren. Eine Umfrage unter psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zeigte, dass am häufigsten in der Psychiatrie im MDK-Verfahren Verlängerungs- oder Kostenübernahmeanträge geprüft werden. Bei diesem Verfahren fordert die Krankenkasse zur Abgabe der Kostenübernahmeerklärung umfangreiche medizinische Begründungen bis hin zu Zwischenberichten an, die an den MDK übergeben werden. In der Regel wird festgestellt, dass der aus der ex-ante-Sicht erstellte Kurzbericht oder die medizinische Begründung der Verlängerung nicht genügen, um den Zeitraum der Verlängerung seitens des MDK beurteilen zu können. Also folgen je nach Landesvertrag zum § 112 SGB V Prüfungen vor Ort in den Kliniken oder Anforderungen schriftlicher Stellungnahmen durch den MDK. Zur Vereinfachung des Verfahrens bitten die MDK-Prüfer gern auch um die Vorlage des Entlassbriefes der zwischenzeitlich entlassenen Patienten, um präziser die Aussage zur stationären Notwendigkeit

fahren ist ein sekundäres Klärungsverfahren.

Notwendigkeit eines strukturierten Prüfverfahrens

Das Vorgehen des MDK und der Ablauf der Prüfungen in den psychiatrischen Einrichtungen ist rechtlich sehr kritisch zu sehen: Regelmäßig ist der konkrete Prüfauftrag oder Prüfgrund der Krankenkasse nicht eindeutig ersichtlich, teilweise haben die Prüfungen nicht mehr den Charakter von Einzelfallprüfungen. Regelmäßig wird eine über den Prüfauftrag hinausgehende Datenübermittlung von Daten gefordert oder der Prüfauftrag im Nachhinein abändert oder ergänzt.

Die Notwendigkeit eines strukturierten MDK-Prüfverfahrens wird dadurch verschärft, dass der GKV-Spitzenverband fordert, analog zur Regelung in § 275 Abs. 1c SGB V auch eine Strafzahlung für Krankenhäuser für den Fall der erfolgreichen Erlöskürzung durch den MDK bei der Abrechnungsprüfung einzuführen. Nach diesen Vorstellungen sollen die Kliniken den

Kassen künftig nicht nur wie bislang die zu hoch abgerechnete Summe erstatten, sondern zusätzlich noch einmal die Hälfte des strittigen Betrages. Um ein schnelles Gesetzgebungsverfahren zu erreichen, soll die Regelung an das Gesetz gekoppelt werden, welches die Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen regelt.

Definition des MDK-Prozessablaufs in den Krankenhäusern

Wurde bisher in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken die Bearbeitung des MDK-Falles in der Regel an den behandelnden Arzt übergeben, fasst das zentrale MDK-Management sämtliche Prozessschritte zusammen. Ein Fall wird mit Unterbrechungen bearbeitet, da immer wieder Reaktionen der Gegenseite, sei es seitens der Krankenkasse oder seitens des MDK erforderlich sind, so dass die Überwachung der einzelnen Prozessschritte erforderlich ist (Abbildung 1).

Das MDK-Verfahren lässt sich in fünf Bereiche einteilen:

1. das formalisierte Verfahren (Vorverfahren)
2. das Prüfverfahren
3. das Widerspruchsverfahren
4. das Klageverfahren
5. Berichtswesen

Der jeweilige Arbeitsschritt wird in der MDK-Software dokumentiert und mit Wiedervorlagevermerken, etwa Ablauf der MDK-Prüffrist oder Terminsetzungen durch die Krankenkasse, versehen. Anhand dieser Dokumentation können die Verfahrensschritte überwacht und ausgewertet werden (Abbildung 2).

Das formalisierte Verfahren (Vorverfahren)

Im Vorverfahren wird im zentralen MDK-Management geprüft, um welchen Prüfanlass es sich handelt. In der Prüfung psychosomatischer Fälle sind derzeit entgeltbezogen drei Anlässe erkennbar: Die Prüfung von Verlängerungsanträgen bei befristeten Kostenübernahmen, Prüfung von Zwischenrechnungen und Prüfungen von Abrechnungen des gesamten Falles. Während bei Abrechnungsprüfungen gemäß § 275 r. 1c SGB V die Überschreitung der Prüffrist von

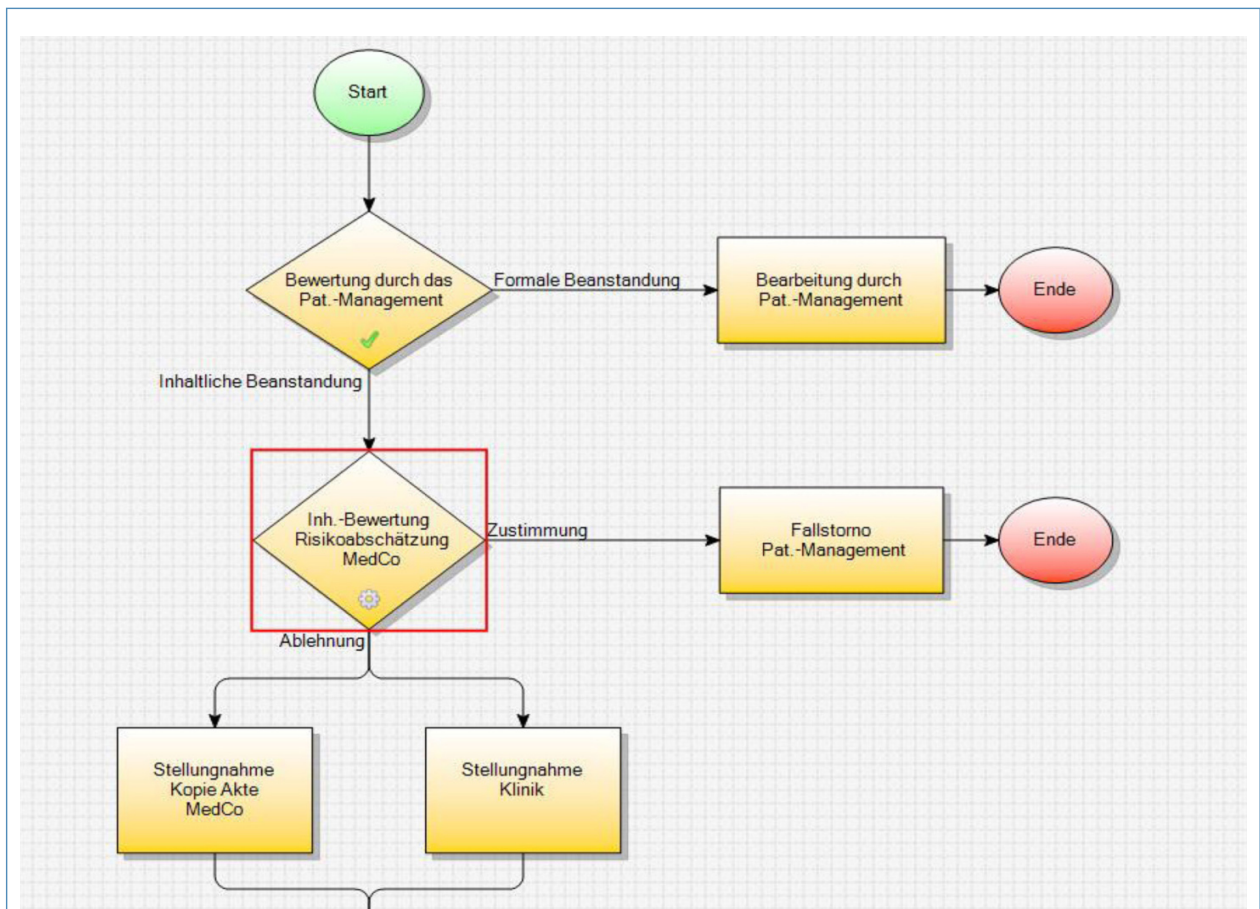


Abbildung 1: Erstellung eines Standardablaufplanes für das MDK-Verfahren (3MTM – MDK-Management)

Benutzerdef.	B. Nr.	Betrifft	Endtermin	Erinnerung Benutzer	Erinnerung Gruppe
	110	Inh.-Bewertung Risikoabschätzung MedCo	21.05.2010	14.05.2010	17.05.2010
	113	Stellungnahme Kopie Akte MedCo	18.05.2010	14.05.2010	17.05.2010
	117	Stellungnahme Kopie Akte MedCo	19.05.2010	17.05.2010	17.05.2010
	119	Stellungnahme Kopie Akte MedCo	19.05.2010	17.05.2010	17.05.2010
	107	Stellungnahme Kopie Akte MedCo	19.05.2010	17.05.2010	17.05.2010
	108	Verschicken Unterlagen MedCo	18.05.2010	17.05.2010	17.05.2010
	167	Verschicken Unterlagen MedCo	05.07.2011	30.06.2011	04.07.2011
	129	Inh.-Bewertung Risikoabschätzung MedCo	20.12.2011	09.12.2011	14.12.2011

Abbildung 2: Statusprüfung und Wiedervorlagelisten

sechs Wochen nach Übermittlung der Rechnung das Prüfrecht der Krankenkassen ausschließt, ist die rechtliche Situation bei Verlängerungsanträgen je nach Bundesland und dem Vorhandensein von Landesverträgen zu § 112 SGB V unterschiedlich geregelt. Im formalisierten Prüfverfahren ist weiterhin zu prüfen, ob die Anforderung von Unterlagen seitens des MDK mit dem Prüfauftrag der Krankenkasse korreliert. So wird bei Verlängerungsanträgen zur Kostenübernahme seitens des MDK eine umfangreiche schriftliche Stellungnahme gefordert, obwohl im jeweiligen Landesvertrag zu § 112 SGB V eine Prüfung des Sachverhaltes im Krankenhaus vorgesehen war. An dieser Stelle

selektiert ein zentrales MDK-Management formal fehlerhafte Anforderungen und entlastet somit die Fachabteilung von administrativen Anfragen.

Das Prüfverfahren

Im Prüfverfahren, welches die inhaltliche Prüfung des Falles eröffnet, ist zwischen dem schriftlichen und dem mündlichen Verfahren zu unterscheiden. Das Schriftverfahren wird vom Prüfgrund geleitet, welcher den Prüfumfang festlegt. Entsprechend des Prüfgrundes, welcher z.B. die stationäre Notwendigkeit oder die Dauer der Krankenhausbehandlung umfasst, werden die anspruchsbegründenden Unterlagen an den MDK versandt. Mit der Einfüh-

rung des neuen Entgeltsystems ist entsprechend der Erfahrungen in der Somatik davon auszugehen, dass als weitere Prüfgründe die Prüfung von Diagnosen oder entgeltrelevanten Prozeduren eingeführt werden. Hier ist für den MDK der Ressourcenverbrauch des angefragten Prüfgrundes nachzuweisen. Im Rahmen der Prozedurdokumentation sind je nach Ausgestaltung des OPS die einzelnen Therapieeinheiten nachzuweisen. In der Regel werden die Unterlagen aus der Patientenakte kopiert und an den MDK versandt. Verfügt das Krankenhaus über eine entsprechende elektronische Dokumentation (Abbildung 3), kann das zentrale MDK-Management zeit-



Ereigniszeitpunkt	Typ	Text	Mitarbeiter	Erfassungs/Änderungszeitpunkt
26.08.2011 11:00	Texteintrag (Dokumentation)	Der Termin verlief ohne weitere Auffälligkeiten und entsprach den Vorgaben der Arbeitsgruppe. Frau Petzow zeigte sich auffallend engagiert bei der Gruppenarbeit.	Dr. Reich, Frank	28.08.2011 19:40
26.08.2011 11:00	Termin	KBT Gruppe 1 Terminotyp: Gruppentermin, Gruppentherapie Folgende Leistungen wurden im Rahmen des Termins für den Patienten erbracht: - 50 Minuten KBT Gruppe	Dr. Reich, Frank	28.08.2011 19:42
26.08.2011 10:15	Texteintrag (Dokumentation)	ET war erfolgreich. ET war erfolgreich.	Dr. Reich, Frank	26.08.2011 10:16
25.08.2011 11:00	Texteintrag (Dokumentation)	Globale Doku des Termins Globale Doku des Termins	Dr. Reich, Frank	26.08.2011 10:25

Abbildung 3: Elektronische Verlaufsdocumentation in der Patientenakte am Beispiel des Programms IQ/5 PSYCH der Firma 3MTM

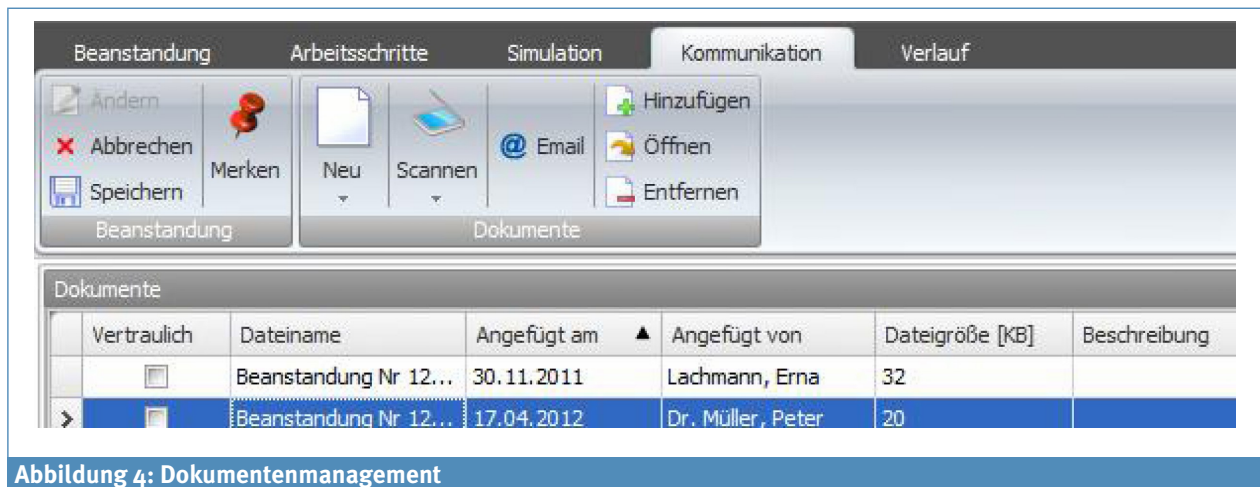


Abbildung 4: Dokumentenmanagement

an den MDK vorbereiten. Nach Prüfung der Unterlagen ergeht eine Stellungnahme des MDK mit einer leistungsrechtlichen Empfehlung an die Krankenkasse.

Im Hausbegehungsverfahren werden die Patientenunterlagen durch den MDK eingesehen und mit den Fachkollegen erörtert und im Konsens oder Dissens abgeschlossen. Im Ergebnis der MDK-Prüfung teilt die Krankenkasse die leistungsrechtliche Entscheidung mit. Stimmen die Einschätzungen des MDK-Managements mit den Empfehlungen der Krankenkasse überein, wird der Fall abgeschlossen. Aufgrund der aktuellen Urteile des Sozialgerichts Saarland und des Landessozialgerichtes Bayern zur zeitnahen Prüfung durch den MDK steht zu erwarten, dass nach der Konkretisierung des Prüfzeitraumes durch das Bundessozialgericht trotz erfolgreicher Prüfung durch den MDK aufgrund der fehlenden Zeitnähe des Abschlusses des Prüfverfahrens die Rechnungskürzung nicht mehr durchsetzbar ist. Fehlt eine Überwachung der Prüfdauer, riskiert das Krankenhaus Erlöskürzungen, da derzeit die Einrede aktiv gegenüber der Krankenkasse zu erheben ist.

Das Widerspruchsverfahren

Obwohl formalrechtlich ein Widerspruchsverfahren nicht vorgesehen ist, hat es sich in der Praxis etabliert, im Dissensfall Widerspruch zu erheben. Auch an dieser Stelle muss differenziert werden, ob Widerspruch gegen die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein medizinisch-inhaltlicher Widerspruch gegen die Stellungnahme des MDK geführt wird.

Leistungsrechtliche Widersprüche gegen die Kasse werden in der Regel dann durchgeführt, wenn in der Pflegesatzverhandlung aufgrund des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser Ausnahmeregelungen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei fehlenden ambulanten Leistungserbringern getroffen wurden. Es hat sich in der Vergangenheit immer wieder gezeigt, dass Fälle, welche unter Pflegesatzvereinbarungen fallen, trotz entgegenstehender Regelung dem MDK-Verfahren zugeführt werden. Im Rahmen der Beurteilung der stationären Notwendigkeit gelangt der MDK korrekterweise zur Einschätzung, dass die Leistungserbringung ambulant hätte erfolgen können. Krankenkassen, denen die Inhalte der Pflegesatzverhandlung der Krankenhäuser nicht präsent sind, werden dann durch den gegenüber der Krankenkasse zu führenden Widerspruch zur vertragskonformen Vergütung aufgefordert.

Ist ein medizinisch-inhaltlicher Widerspruch erforderlich, wird dieser in der Regel von den klinisch mit dem Fall vertrauten Ärzten oder den im Rahmen des zentralen MDK-Managements tätigen Ärzten verfasst. In weit über der Hälfte der medizinisch-inhaltlichen Widersprüche endet das Widerspruchsverfahren mit einer Abweisung durch den MDK mit der kurzen Floskel „Keine neuen medizinischen Erkenntnisse“. An dieser Stelle besteht die Möglichkeit, weitere fruchtlose Widerspruchsschreiben zu verfassen, das Klageverfahren zu eröffnen oder sich auf die Vergleichsverhandlung mit der Krankenkasse einzulassen.

Das Klageverfahren

Viele Krankenhäuser scheuen bisher den Gang vor das Sozialgericht. Angesichts der im Gesetzentwurf zum Psychiatricentgelt geforderten Folgen für die Krankenhäuser, welche nach einer MDK-Prüfung bei Erlösminderung nicht die hoch abgerechnete Summe erstatten, sondern zusätzlich noch einmal die Hälfte des strittigen Betrages an die Krankenkassen zahlen sollen, werden sich Krankenhäuser in strittigen Fällen weniger bereit zeigen, angesichts des zu erwartenden Klageaufwandes, stillschweigend Erlöskürzungen hinzunehmen.

Es hat sich gezeigt, dass sich die gerichtlichen Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen lohnen. In der Somatik führen über 80% der Fälle zum Erfolg für die Krankenhäuser. Aktuell beeinflussen zwei Entscheidungen grundlegend das MDK-Verfahren: Zum einen das Urteil des Landessozialgerichtes Bayern zum Kriterium der zeitnahen Prüfung durch den MDK, als auch das Urteil des Landessozialgerichtes Bayern zur Vergütungspflicht nach der Abrechnungsprüfung. Das letztgenannte Urteil ist besonders für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser relevant, da es die künftige Vorgehensweise des Krankenhauses bezüglich des Prüfverhaltens der Krankenkassen bei Verlängerungsanträgen beeinflussen wird.

MDK-Management-Tools

Das zentrale MDK-Management profitiert bei der Erstellung des Schriftverkehrs erheblich durch die Automatisierungen mittels

spezifischer Software. Nach der Fallanlage und der Archivierung eingehender Schreiben kann durch die Klassifikation der erforderlichen Antwortschreiben zeit- und sparsam der Schriftsatz mit den Stammdaten und Textbausteinen befüllt und nach Fertigstellung archiviert werden (Abbildung 4). Da sämtliche Vorgänge mit Zeitstempeln hinterlegt werden, ist die termingerechte Überwachung von Wiedervorlagen und weiteren Arbeitsschritten je nach hinterlegter Prozessstruktur möglich.

Das MDK-Berichtswesen

Ein Analyse-Modul unterstützt bei der Beantwortung typischer Fragen im MDK-Kontext. Die Anfrageshäufigkeit von Krankenkassen, die spezifischen Prüfgründe, die Erfolgsquote der Kasse und die Konzentration auf spezifische Fragestellungen lassen sich ebenso abbilden wie die genaue Ermittlung des Rücklagebetrags für MDK-Fälle. So ist frühzeitig der Einfluss des MDK auf unternehmenskritische Kennzahlen wie Erlös, Deckungs-

beitrag, Liquidität bis hin zum Unternehmensergebnis erkennbar und steuerbar.

Fazit

In der Psychiatrie ist die Einführung eines strukturierten MDK-Verfahrens im Rahmen des Risikomanagements notwendig, um Liquidationsrisiken und finanzielle Nachteile zu vermeiden. Die Frage der Verweildauer ist Grundlage der überwiegenden Anzahl der Abrechnungsstreitigkeiten: Die Aussage des MDK, ein Patient hätte einen Tag früher entlassen werden können, bringt den Kassen Hunderttausende Euro an Rückforderungen ein. Um dieses Vorgehen einzudämmen, müssten Krankenhäuser in ungeheurem Ausmaß Gerichtsverfahren anstrengen.

Sollte sich die GKV mit ihrer Forderung nach Strafzahlungen für „Falschabrechnungen“ durchsetzen, stellt sich wie in der Somatik nicht mehr die Frage nach der Notwendigkeit, sondern nach der Ausgestaltung des hausinternen MDK-

Managements. Die Inanspruchnahme der Sozialgerichte wird überproportional steigen, da kein Krankenhaus zusätzliche finanzielle Einbußen aufgrund angeblicher Falschabrechnungen riskieren darf.

Leider zeigt der aktuelle Gesetzentwurf, dass die damit verbundene massive Erhöhung des administrativen Aufwands auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Krankenkassenseite analog zur Einführung des DRG-Systems nicht nur in Kauf genommen, sondern gefördert wird. Es ist daher bedauerlich, dass mit der Einführung eines neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie die Chancen, aus den Fehlentwicklungen im DRG-System zu lernen, verpasst werden. ■

Erika Raab
 Leiterin der AG „Entgeltsystem in der Psychiatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)
 Leiterin Medizincontrolling, Dokumentation, Beschwerdemanagement und Sozialrecht
 Klinikum Ingolstadt
 Krumenauer Str. 25, 85049 Ingolstadt

			Spaltenfelder hierher ziehen		
Fallzahl	Fallzahl geprüft	Prüfräte	Gesamtergebnis		
Aufnah...	Aufnahme...	Aufnahme-M...	Fallzahl	Fallzahl geprüft	Prüfräte
2008	4		153	34	22,22%
2009	1	Januar	1060	36	3,40%
		Februar	868	8	0,92%
		März	1081	6	0,56%
	1 Gesamt		3009	50	1,66%
	2	April	922	11	1,19%
		Mai	922	11	1,19%
		Juni	959	4	0,42%
	2 Gesamt		2803	26	0,93%
	3	Juli	905	11	1,22%
		August	683	14	2,05%
September		1	0	0,00%	
3 Gesamt		1589	25	1,57%	
2009 Gesamt			7401	101	1,36%
2010	4	Oktober	2	0	0,00%
		November	4	0	0,00%
		Dezember	100	0	0,00%
	4 Gesamt		106	0	0,00%
2011			1481	55	3,71%
Gesamtergebnis			9141	190	2,08%

Abbildung 5: MDK-Berichtswesen