

# Medizin à la AOK/MDK?

## Rechnungsprüfung in Krankenhäusern durch den MDK ohne kollegialen Dialog als ein weiterer Schritt zur Deprofessionalisierung des Arztes

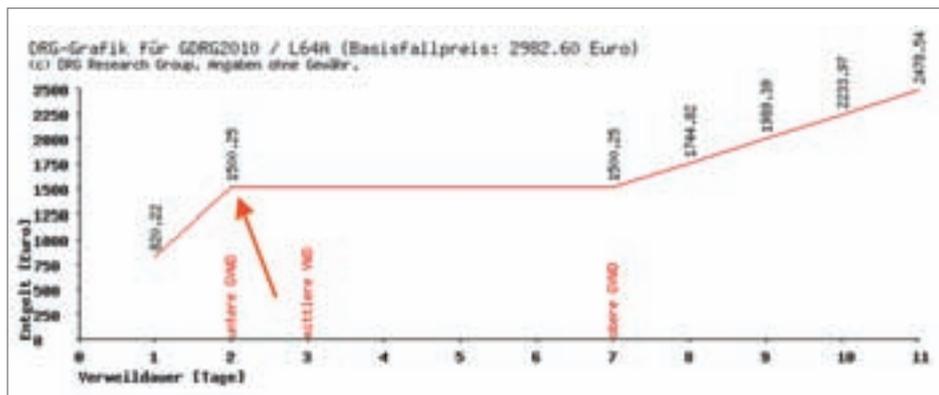
Wenn die AOK Bayern mit der Meldung „Jede zweite geprüfte Krankenhausrechnung im Jahr 2010 fehlerhaft“<sup>1</sup> an die Presse geht und intensives Medienecho erzielt, könnte man sich zunächst fragen, ob das auch ein ärztliches Problem ist. Klare Antwort: ja. Ärztliches Handeln wird dadurch in erheblicher Weise negativ beeinflusst.

Ein beispielhafter Fall aus einem bayerischen Krankenhaus der 2. Versorgungsstufe soll dies illustrieren:

Bei einer 75-jährigen bettlägerigen Patientin aus einem Pflegeheim sollten die Harnleiterschienen und der suprapubische Blasenkathe-ther (PUFI) in Narkose gewechselt werden. Sie wurde zur Durchführung der Ultraschall-, Blut- und Urinuntersuchungen am Vortag stationär aufgenommen. Das zuständige Dienstleistungszentrum der AOK Bayern beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bayern mit der Begutachtung der Frage, ob eine stationäre Behandlung bis zum Erreichen der unteren Grenzverweildauer medizinisch begründet war.

### Zum besseren Verständnis für alle „Nicht-DRG-Spezialisten“:

Ein so genannter Grouper, ein für diesen Zweck lizenziertes Computerprogramm, errechnet aus den eingegebenen verschlüsselten Diagnosen und Prozeduren für eine Krankenhausbehandlung die zutreffende DRG („Diagnosis Related Group“), die funktional nichts anderes ist als der Multiplikator für den landeseinheitlichen Basisfallpreis für diese Gruppe von Diagnosen. Im geschilderten Fall resultiert – zwischen Krankenhaus und MDK unstrittig – bei der DRG L64A („Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 Jahre ...“), die einen Multiplikator („Kostengewicht“) von 0,503 ergibt, das heißt unter den Bedingungen des Jahres 2010 einen Erlös von 1500,25 Euro für die stationäre Behandlung. Dies allerdings nur, wenn die stationäre Verweildauer mindestens zwei Tage beträgt („untere Grenzverweildauer“). Die Grafik des Erlösverlaufes bei der DRG L64A verdeutlicht das<sup>2</sup>.



Grafik: Erlös bei DRG L64A in Abhängigkeit von der Verweildauer.

© DRG Research Group, Angaben ohne Gewähr.

### Zurück zum Fall:

Der MDK-Gutachter kam zu der Auffassung, dass zwar die stationäre Behandlungsnotwendigkeit für die Durchführung des Schienenswechsels und des PUFI-Wechsels nicht zu bezweifeln war, jedoch die präinterventionellen Untersuchungen im prästationären Setting hätten erfolgen können, denn die Patientin sei kardiopulmonal stabil gewesen. Dieser Argumentation hielten die behandelnden Krankenhausärzte entgegen, dass es sich um eine bettlägerige Patientin gehandelt habe, die mittels Krankentransportwagen gebracht worden war. Wenn sie nach den prästationären Untersuchungen wieder in das Pflegeheim zurückgebracht worden wäre, wären der Patientin zwei zusätzliche Transportfahrten und vier Umlagerungen zugemutet worden. Das wäre ein nach Auffassung der Krankenhausärzte nicht zumutbares und nicht mit den Vorgaben von § 2a Sozialgesetzbuch V („den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen“) zu vereinbarendes Vorgehen. Nicht im Einzelnen erörtert worden ist die Frage, wo eine bettlägerige Patientin im „prästationären Setting“ hätte warten oder wie sie zur Toilette hätte gehen sollen.

### Ein Einzelfall?

Uns wird in der Bayerischen Landesärztekammer vermehrt von derartigen Fällen berichtet, denen allen gemeinsam ist, dass es sich um Meinungsverschiedenheiten über die stationäre Behandlungsnotwendigkeit im Bereich der unteren Grenzverweildauer handelt. Das sind aus der Sicht der AOK, des Auftraggebers der hier in Rede stehenden Prüfungen, diejenigen Abrechnungsfälle, bei denen bei Bestreiten der stationären Behandlungsnotwendigkeit für einen Tag nennenswerte Summen zurückgefordert werden können (vgl. Grafik). Dabei mag für den geschilderten Fall noch dahingestellt bleiben, ob angesichts zweier zusätzlicher Krankentransportfahrten und der Vergütung für die prästationäre Untersuchung unter dem Strich überhaupt Einsparungen zu erzielen gewesen wären.

<sup>1</sup> Presseinformation der AOK Bayern Nr. 23/2011 vom 12. Mai 2011

<sup>2</sup> Die Darstellung wurde durch den auf <http://drg.uni-muenster.de/> zugänglichen Grouper der DRG Research Group des Klinikums der Universität Münster erzeugt.

<sup>3</sup> Vgl. Bayerisches Ärzteblatt 11/2005, Seite 738 ff.



Kritik an Krankenhausentgelten und MDK-Prüfungen.  
Foto: © marriok1979 – Fotolia.com.

Erschwerend kommt dazu, dass aus verschiedenen Kliniken berichtet wird, dass der MDK Bayern – wohl auf Druck der AOK Bayern – das Prüfverfahren geändert habe und nunmehr nur noch nach Aktenlage prüfe und nicht mehr im kollegialen Dialog zwischen MDK-Arzt und Krankenhausarzt. Übereinstimmend sagen alle

Kenner derartiger Abläufe, dass damit die Beanstandungsquoten deutlich ansteigen würden.

### Was tun die Krankenhäuser dagegen?

Nach unseren Informationen scheuen die Krankenhäuser in den meisten Fällen eine Klage gegen die rückfordernde Krankenkasse vor dem Sozialgericht. Damit entsteht unweigerlich für den Krankenhausarzt der Druck, sich in künftigen vergleichbaren Situationen entgegen seinen fachlichen Vorstellungen und seinem ärztlichen Gewissen so zu verhalten, dass seine Entscheidungen später nicht vom MDK beanstandet werden. Der lange Jahre in München lehrende Medizinhistoriker Professor Dr. Paul U. Unschuld hat den Begriff der „Deprofessionalisierung“ in die innerärztliche Diskussion eingeführt<sup>3</sup>. Er sieht als ein Merkmal die Verringerung der Entscheidungsbefugnis der Ärzteschaft über die von ihr zu leistenden Tätigkeiten. Deprofessionalisiert werden hier nach

unserer Meinung zwei Arztgruppen: die Krankenhausärzte und auch die MDK-Ärzte, denen eine kollegiale Erörterung verwehrt wird.

Das *Bayerische Ärzteblatt* möchte mit diesem Beitrag eine Diskussion zu dieser Frage eröffnen. Wir laden Krankenhausärztinnen und -ärzte ebenso wie MDK-Ärztinnen und -Ärzte ein, uns ihre Situation und Sichtweise zu schildern. Sofern sich Ärztinnen und Ärzte nicht namentlich äußern wollen, beachten wir selbstverständlich entsprechende Sperrvermerke.

*Schreiben Sie uns:*  
Redaktion „Bayerisches Ärzteblatt“,  
Stichwort „Medizin à la AOK/MDK“,  
Mühlbauerstraße 16, 81677 München,  
Fax 089 4147-202,  
E-Mail: [aerzteblatt@blaek.de](mailto:aerzteblatt@blaek.de)

Dr. Rudolf Burger, M. Sc.,  
Dagmar Nedbal (beide BLÄK)

Anzeige

## Rechnen Sie mit den Besten!

Vertrauen Sie auf die Erfahrung der AeV



Gesellschaft für Abrechnung  
von Privatliquidationen mbH

Ihre Privatabrechnung ist bei uns in sicheren Händen.  
Denn wir bieten Ihnen fachliche Kompetenz, die uns so schnell keiner nachmacht: Seit über 80 Jahren ist die AeV starker und engagierter Partner für Ärzte und Zahnärzte.

Ihre Praxis profitiert davon:

- Schnelle Bearbeitung - Gebührenrechtliche Kompetenz
- Faire Konditionen - Persönliche Betreuung

Rufen Sie uns an.  
Für Informationen, die sich lohnen.

Götzstr. 11 | 80809 München | Tel. 089/ 89 60 10 - 0  
Katharinenstr. 9 | 10711 Berlin | Tel. 030/ 89 38 57 - 0  
Eisenacher Str. 82 | 04155 Leipzig | Tel. 0341/ 585 79 - 0  
[www.aev.de](http://www.aev.de)

Aktiv engagiert Vertrauenswürdig