



© mapoli-photo – Fotolia.com

Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

Bayerisches Ärzteblatt,
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 089 4147-202,
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de

Medizin à la AOK/MDK?

Zum Artikel von Dr. Rudolf Burger, M. Sc. und Dagmar Nedbal in Heft 6/2011, Seite 332 f.

Vielen Dank dafür, dass Sie die Diskussion anstoßen. Zu dem von Ihnen gewählten Beispiel: hier würde ich von einer Klage abraten, da das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz in ähnlich gelagerten Fällen pro Kasse entschieden hat.

Es ist den pflegebedürftigen Bewohnern eines Pflegeheimes sehr wohl zuzumuten, vor Anlage einer PEG in das Krankenhaus transportiert zu werden und anschließend wieder zurück.

Ich zitiere aus dem Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. (DGfM) vom 8. April 2011:

„Das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz hat am 3. März 2011 in zwei Verfahren (L 5 KR 146/10 und L 5 KR 147/10) unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 30. Juni 2009 (B 1 KR 24/08 R) festgestellt, dass allein die erforderliche Aufklärung des Patienten zur Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts oder die Entfernung, die der Versicherte bis zum behandelten Krankenhaus zurücklegen muss, keine medizinischen Erfordernisse sind, sodass hier für den entsprechenden Zeitraum keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.“

In den vom Landessozialgericht am 3. März 2011 entschiedenen Fällen wurden pflegebedürftige Patienten stationär aufgenommen. Am Aufnahmetag erfolgte die Aufklärung der Betreuer. Auf Grund des erforderlichen Zeit-

abstandes zwischen Aufklärung und Eingriff erfolgte der Eingriff am Folgetag.

Das Landessozialgericht führte hierzu aus, dass die pflegebedürftigen Patienten nach Aufklärung wieder zurück in das Pflegeheim hätten verlegt werden müssen, da keine medizinischen Gründe vorlagen, die einem Rücktransport ins Pflegeheim entgegengestanden hätten. Die Patienten hätten am darauffolgenden Tag zur Durchführung des Eingriffes stationär aufgenommen werden müssen. Der hierdurch erforderlich zweifache Transport ist in Kauf zu nehmen.“

Zuzustimmen ist Ihnen in der Schlussfolgerung, dass die Klagefreudigkeit der Krankenhäuser „zu wünschen übrig lässt“. Im Rahmen meines externen Medizincontrollings betreue ich diverse Krankenhäuser in Bayern. Dabei hatte ich in einem Haus enorme Probleme innerhalb der Belegschaft (auf chefärztlicher Leitungsebene) die Klagen anzustoßen, „da wir ja mit den Kassen wieder zusammenarbeiten müssen“.

Meine Erfahrung ist jedoch die, dass ein Krankenhaus, welches sich viel bieten lässt, umso mehr „in die Zange genommen wird“.

Von einer Deprofessionalisierung würde ich nicht sprechen. Ein Agieren nur mit dem Schielen mag kurzfristig umsatzsteigernd wirken, langfristig sind klare medizinische Strategien und Fokussierungen aus meiner Sicht sinniger. Zuzustimmen ist Ihnen, wenn Sie von geänderten Dokumentationen sprechen. Aber das betrifft nicht nur uns Ärzte, sondern auch die anderen Berufsgruppen in den Krankenhäusern. Hier wäre auch die Chance über entsprechende Umstrukturierungen in den Prozessen Synergie-Effekte nutzen zu können und die bisweilen vorgehaltene Doppel- und Dreifachdokumentation dafür abzuschaffen.

Dr. Erwin Horndasch, Internist und Medizincontroller, Generalsekretär und Geschäftsbereichsleiter Berufspolitik der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V., 91126 Rednitzhembach, E-Mail: erwin.horndasch@medizincontroller.de

Zum gleichen Thema

Zu Recht sind die Autoren besorgt über die fortschreitende „Deprofessionalisierung“ der Krankenhausärzte. Täglich berichten Kolleginnen und Kollegen aus den Kliniken über einen zunehmenden ökonomischen Druck ihres Klinikmanagements, längst wird das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern immer mehr durch wirtschaftliche Vorgaben hinsichtlich Zahl, Art und Schwere der Fälle diktiert.

K. Wehkamp vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein hat dies sehr schön in einem Kommentar ¹⁾ im *Deutschen Ärzteblatt* dargestellt und beispielsweise eine Qualitätssicherung für Indikationsstellung gefordert.

Das Problem wurde also ganz richtig erkannt; den MDK allerdings hierfür verantwortlich zu machen führt meilenweit an der Lebensrealität in den deutschen Krankenhäusern des DRG-Zeitalters vorbei. Dies gilt natürlich erst recht für die Verweildauerproblematik. Die stetige Verkürzung der Krankenhausaufenthalte und die daraus resultierende fortschreitende Arbeitsverdichtung für das Klinikpersonal resultiert wesentlich aus immer stringenteren Managementvorgaben, die Verweildauer unter dem Aspekt der Erlösoptimierung zu gestalten, und nicht etwa durch die MDK-Prüfungen, die unter diesem Aspekt lediglich rund zwei Prozent aller Behandlungsfälle beanstanden.

Die MDK-Prüfungen in den Krankenhäusern spielen sich naturgemäß in einem Spannungsfeld ab. Das mit Einführung des DRG-Systems vom MDK Bayern entwickelte und aufgebaute Verfahren der kollegialen Fallbesprechung im Krankenhaus hat in den vergangenen Jahren vielerorts gut funktioniert und tut dies verbreitet auch heute noch. Allerdings wurde dieses Verfahren auch in einzelnen Kliniken – offensichtlich ebenso unter ökonomischem Druck des Klinikmanagements – so behindert oder hintertrieben, sodass tatsächlich zu befürchten ist, dass dieser bayerische Sonderweg möglicherweise keine Zukunft hat.

Im MDK Bayern arbeiten rund 280 bayerische Ärztinnen und Ärzte. Sie sind als Gutachter tätig, erfüllen vom Gesetzgeber vorgegebene Aufgaben und entrichten, nebenbei bemerkt, auch jährlich ihren Beitrag zur Bayerischen Landesärztekammer. Ich finde, sie haben Anspruch auf einen offenen, gerne kritischen, aber bitte auch fairen und kollegialen Dialog mit ihrer Kammer. Aufrufe zur Denunziation oder undifferenzierte Interessenvertretung von Klinikmanagements gehörten bislang nicht zum Stil der Bayerischen Landesärztekammer, sie sollten es auch in Zukunft nicht tun.

Dr. Max Peter Waser, Leiter Ressort Sozialmedizinische Geschäftsfelder, MDK Bayern, 81739 München, E-Mail: max-peter.waser@mdk-bayern.de

¹⁾ Wehkamp, K., Indikationsstellung: Starker ökonomischer Druck; *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 108, Heft 13

Zum gleichen Thema

Auch wenn Sie nur um die Meinungen von Klinik- und MDK-Ärzten gebeten haben, möchte ich Ihnen hier noch die Sichtweise aus hausärztlicher Sicht mitteilen – da sie dieses Thema auch klar tangiert:

Der MDK ist also der Meinung, die präoperative Vorbereitung könne im beschriebenen Fall auch ambulant erbracht werden. Doch ganz so selbstverständlich und einfach, wie dies von unseren „Nine-to-five-Bürokraten ohne Patientenkontakt“ gesehen wird, ist die Sache leider auch nicht:

Zu allererst muss geklärt werden, in welcher Form die stationäre Operation, in diesem Fall der Schienenwechsel usw., stattfinden wird. Denn nur bei „ambulanter oder belegärztlicher Operation“ können Niedergelassene die präoperative Untersuchung überhaupt erbringen/abrechnen. Schon alleine die Abklärung bei vielen zur Operationsvorbereitung überwiesenen Patienten, ob dieses Kriterium erfüllt wird, erbringen die Niedergelassenen ehrenamtlich. Im nächsten Schritt wird gerade bei der dargestellten Patientin wohl auch die Aufzeichnung eines aktuellen EKG, gegebenenfalls Lungenfunktion oder Röntgen-Thorax gefordert sein. Und dies nicht, wie in 90 Prozent aller Fälle sinnlos, weil es schon immer „zur Routine“ gehört hat, sondern ganz leitlinienkonform nach der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Nun soll es aber durchaus auch Hausärzte geben, die neben den wichtigsten 60 verschiedenen Kassenformularen nicht auch noch ein mobiles EKG und ein transportables Lungenfunktionsgerät, geschweige denn einen C-Bogen im Kofferraum mitführen/in der Praxis vorhalten. Aber im Sinne der Gedankengänge der MDK-„Kollegen“ wäre ja auch denkbar, für diese Indikation den Notarzt anzufordern – der hat zumindest das 12-Kanal-EKG dabei und wird heute ja sowieso in mehr als der Hälfte seiner Einsätze zur Kompensation von zu früher Klinikentlassung oder zu lange brauchenden Bereitschaftsdiensten missbraucht. Letztendlich muss man auch noch beleuchten, was der Hausarzt, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind und er auch noch die entsprechenden mobilen Geräte vorhält, für Besuch und Durchführung als Entgelt erhält – hier könnte man mit dem Lieblingsargument der Kassen „Unwirtschaftlichkeit“ ablehnen. Die Option des Krankentransports in die Hausarztpraxis und zurück scheidet sowohl an der nötigen Bürokratie (mangels Kooperation von Angehörigen oder Pflegeheim könnte ja wieder mal

der Hausarzt, selbstverständlich ehrenamtlich, die Transportkostenübernahme mit der Kasse vorher abklären) wie in vielen Fällen auch der Logistik (Praxis mit Trage nicht zugänglich oder kein Raum, in welchem der Patient bis zur Abholung, die sich oft um Stunden verzögert, liegend „zwischengeparkt“ werden kann). Für die Überwachung hier stellen wir gerne auch eine Medizinische Fachangestellte ab, die auch in der Mittagspause und über den Feierabend hinaus wartet, weil der Krankentransport sich aufgrund kasseninduziert eingesparter Fahrzeuge verzögert.

*Dr. Sven Heidenreich, Facharzt für Allgemeinmedizin, 90518 Altdorf,
E-Mail: Praxis@Praxis-Heidenreich.de*

Zum gleichen Thema

Wenn man sich mit dem Problem der DRG-zentrierten Medizin schon auseinandersetzt, dann sollte man sich nicht nur mit deren unbestritten grauenhaften Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten sowie die Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern beschäftigen, sondern mit dem zugrundeliegenden Problem selbst. Der Menschenversuch, der mit der weltweit einmaligen flächendeckenden Einführung des DRG-Systems (kein anderes Land hat es vorher gewagt, dieses System praktisch für alle Behandlungsfälle einzuführen) unternommen wurde, hat zu den zu erwartenden Konsequenzen geführt.

Eingeführt wurde das System von den politisch Verantwortlichen vor allem, um die Krankenhäuser für das Eindringen privater Investoren „anzuhübschen“, indem man die Möglichkeit eröffnete, in relevantem Umfang Gewinne zu erzielen und damit endlich die in öffentlichem Eigentum befindlichen Behandlungseinrichtungen verscherbeln zu können. Die Folgen waren jedem, der sich mit den Mechanismen der Marktwirtschaft auseinandergesetzt hat, von vorneherein klar. Es entwickelte sich nicht nur ein nachgerade widerwärtiges Katz- und Maus-Spiel um die Vergütungen, sondern es ist auch eine besorgniserregende Entwicklung, was Indikationsstellungen usw. betrifft, zu registrieren (von Stellenschlüsseln und Arbeitsbedingungen ganz zu schweigen), worauf auch Wehkamp bereits im *Deutschen Ärzteblatt* hingewiesen hat.

Betroffen von dieser durch eine verfehlte und patientenfeindliche Gesundheitspolitik erzeugten Situation sind alle: die Krankenhausärzte und -ärztinnen, die von den Krankenhausträgern unter enormen Druck gesetzt werden, die Niedergelassenen, die „steuern“ sollen, die Krankenkassen, die verständlicher-

weise nicht einsehen, warum die von ihren Versicherten solidarisch aufgebracht Beiträge, statt damit simple Kostenerstattung zu betreiben, in private Gewinne von Krankenhauskonzernen verwandelt werden, und schließlich die Kolleginnen und Kollegen vom MDK, die dafür sorgen sollen, dass die Richtlinien eingehalten werden.

Dieses System hat, das sei deutlich gesagt, mit Medizin nichts zu tun, es ist aus rein ökonomischen Erwägungen installiert worden. Statt nun allerdings den Sack zu schlagen, wie es die Autoren des Artikels tun, sollte man besser den Esel nehmen. Und da vermisste ich ein klares Wort dazu, dass Gesundheit keine Ware ist wie jede andere, ein Arzt kein Höker auf einem ominösen „Gesundheitsmarkt“ und deshalb das Problem nicht in der Verfahrensweise der Krankenkassen liegt (die ebenso wie die Klinikkettenbetreiber nichts anderes tun, als zu versuchen, mit der Missgeburt DRG-System auf die für sie günstigste Weise umzugehen ...), sondern in der Zurichtung der Krankenhäuser zu ganz gewöhnlichen Profitbetrieben.

Das Ausgangsproblem ist das DRG-System selbst, oder, um es mit den Worten des Octavio aus Schillers Wallenstein zu sagen: „Das eben ist der Fluch der bösen Tat, daß sie, fortzuehend, Böses muss gebären.“

*Dr. Klaus Engert, Facharzt für Chirurgie, 84359 Simbach am Inn,
E-Mail: klaus.engert@mdk-bayern.de*

Zum gleichen Thema

Mit großem Interesse habe ich Ihren Aufsatz zur Überprüfung der Krankenhausrechnungen durch die AOK gelesen.

Auf einen kurzen Nenner gebracht zeigt der Aufsatz erneut, dass die DRG keine Probleme lösen, sondern lediglich neue Verschiebebahnhöfe eröffnen.

Die Probleme der DRG waren vorhersehbar und sind bekanntermaßen eingetreten. Das Sammeln und Upgraden von Diagnosen in den Krankenhäusern, das Anstreben eines zweitägigen Krankenhausaufenthaltes um den Honorarabschlag des ersten Tages zu umgehen, die zu frühzeitige Entlassung der Patienten in die ambulante Versorgung und die Reha-Einrichtungen, wobei beide weder finanziell noch organisatorisch und personell auf die Übernahme dieser zusätzlichen Versorgung eingerichtet sind, usw.

Der Patient erfährt von alledem in der Regel nichts. DRG-induzierte (falsche) Diagnosen

werden für ihn bei Abschluss von Versicherungsverträgen zum unlösbaren Problem (niemand wird ihm bestätigen, dass in Abrechnungen enthaltene Diagnosen unzutreffend sind). Behandlungsdauer und Operationsindikationen und Verweildauer sind häufig nicht durch medizinische Indikationen, sondern durch DRG und andere Gegebenheiten (zum Beispiel angestrebte Operationshäufigkeit) gesteuert. Über die Gesundheit, die körperliche Integrität, das Selbstbestimmungsrecht und die Zeit des Patienten wird also im krassen Gegensatz zum in § 2 der soeben erst verabschiedeten Neufassung der Berufsordnung (BO) in den Mittelpunkt gestellten Wohl des Patienten verfügt. Dass der Patient über derartige „Indikationen“ für bestimmte Behandlungen, Operationen und die Länge des Krankenhausaufenthaltes nicht aufgeklärt wird, versteht sich von selbst. Die Neufassung des § 8 BO ist vor diesem Hintergrund entweder ein außerordentlich vorsichtiger Hinweis auf die Missstände oder zeugt von rührender Naivität.

Die geschilderten Verhaltensweisen der Krankenhäuser, der behandelnden Ärzte, der Krankenkassen, des Gemeinsamen Bundesausschusses und vieler anderer Akteure im Gesundheitswesen sind systemkonform, lassen jedoch das Wohl des Patienten völlig außer Acht. Die Patienten spüren immer mehr, dass sie nicht Mittelpunkt, sondern Spielball des Systems sind. Ein Schicksal, das sie mit den Ärzten teilen. Der Wunsch der Patienten nach wirklicher Betreuung führt diese zum Heilpraktiker, in oft zweifelhafte alternativ-medizinische Einrichtungen oder in die Welt der Esoterik.

Es ist eine der vornehmsten Aufgaben der Ärztekammer, auf diese Missstände deutlich hinzuweisen und die Einhaltung der BO nicht nur von den Ärzten, sondern in verstärktem Maße von den übrigen am Gesundheitswesen Beteiligten einzufordern. Hierzu gehört es, die Autonomie der Patienten und der behandelnden Ärzte zu stärken und hierdurch die auf den Patienten konzentrierte Therapie zu ermöglichen. Wenn die Ärztekammer als Vertretung aller approbierten Ärzte die derzeitigen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich ohne Gegenwehr akzeptiert, wird das Wohl der Patienten trotz der Neufassung des § 2 BO von den Ärzten allenfalls so gut wie möglich, keinesfalls jedoch gut, beachtet werden können.

Dr. iur. Dr. med. Hans-Jürgen Kramer, Fachanwalt für Medizinrecht, Lehrbeauftragter an der TU München, Wirtschaftsmediator, 80333 München, E-Mail: rakramermuc@yahoo.de

Zum gleichen Thema

Als ärztlicher Leiter der Belegklinik des Diakoniewerks München-Maxvorstadt war ich im Jahr 2009, 2010 und 2011 bereits viele Stunden – mindestens vier bis fünf Termine pro Jahr – mit Kollegen des MDK München an einem Tisch gesessen. Viele hunderte Patienten wurden geprüft – vor allem von der AOK – und alleine in diesem Jahr sind noch 700 Fälle aus den Jahren 2009 und 2010 offen.

Unsere Klinik ist eine Belegklinik mit zirka 20 Belegärzten, die vorwiegend in der mittelgroßen Chirurgie operativ tätig sind. Es werden sehr viele Hernien und Varizen operiert, die dann auch zur Prüfung anstehen. Ich werde hier keine Einzelfälle aufführen, da dies sicher von anderen Kollegen gemacht wird, und die Anzahl der geprüften Patienten immens hoch ist.

Resümierend über alle Prüfungen ist folgendes festzustellen:

Allein die Tatsache, dass gewisse Operationen der teilweise ambulanten oder auch gänzlich der ambulanten Chirurgie per Gesetz zugeordnet werden, führt zur Prüfung.

Medizinische Ausschlusskriterien für eine ambulante Chirurgie wie zum Beispiel fehlende häusliche Versorgung, fehlende Kenntnisse der deutschen Sprache und medizinische High-Risk-Patienten stellen für die Kassen und den MDK keinen Hinderungsgrund für eine ambulante Operation dar.

Die Argumentation des MDK bei sehr alten, multimorbiden Patienten, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation ein Hochrisiko darstellen, lautet dann monoton: es müsse das Gesetz umgesetzt werden.

Nach längeren Diskussionen über die gesundheitlichen Risiken eines Patienten oder postoperative Situation, die eine Überwachung bedingen, ist dann häufig ein postoperativer Tag stationär zu erreichen, unabhängig von der medizinischen Ausgangslage. Ein zweiter postoperativ stationärer Tag wird in der Regel wegen fehlender Dokumentation – sprich fehlender aggressiver Therapie, wie Infusionen usw. – verweigert.

Hier frage ich mich, wieweit die medizinische Kompetenz der Kollegen des MDK wirklich reicht. Schließlich sollten sie als Ärzte tätig sein.

Die sozialen Einschränkungen der Patienten zu erkennen, seien Aufgabe der Krankenkassen

und nicht des MDK wird mehrheitlich eingeworfen. Gehört diese Beurteilung nicht auch zu den Aufgaben eines Arztes?

Mich würde manchmal die Höhe der Kopfgelder von den Krankenkassen an den MDK interessieren, obwohl dies heftig abgestritten wird. Ich habe mich schon häufig gefragt, ob ich nicht einmal einen Kollegen des MDK in der Ärztekammer anzeigen sollte, weil er absolut gegen die ärztliche Tätigkeit agiert. Die Aktivitäten des MDK dienen reinen pekuniären Interessen der Krankenkassen, zum Schaden der Patienten, den behandelnden Ärzten und den Krankenhäusern.

Wie reagiert nun das Krankenhaus?

Aus Unsicherheit über den Ausgang des Verfahrens, wegen hoher Anwaltsgebühren und der hohen Anzahl der Prüfungen wird ein juristisches Vorgehen nur ganz selten beschritten. Daher ist es kein Wunder, wenn die Krankenkassen falsche Statistiken über hohe Summen als Falschabrechnungen der Kliniken in der Tagespresse präsentieren.

Dr. Stephan Cejnar, Facharzt für Chirurgie, Ärztlicher Leiter, Diakoniewerk München-Maxvorstadt, 80799 München, E-Mail: praxis.cejnar-dax@arcor.de

Zum gleichen Thema

Ich bin niedergelassener Facharzt für Neurochirurgie und arbeite konsiliarisch in mehreren Krankenhäusern der Umgebung. Hier werden elektive Operationen an der Wirbelsäule durchgeführt. Alle Patienten kommen am Operationstag zur Aufnahme. Die untere Grenzverweildauer sind in der Regel drei Tage, das bedeutet, Aufnahme- und Entlassungstag werden zu einem Tag zusammengefasst, also drei Übernachtungen. Ich bemühe mich, die Patienten am vierten oder fünften Tag zu entlassen.

Es kommt in diesen Häusern regelmäßig zur Überprüfung durch den MDK, wobei dies immer gebündelt an einem Tag erfolgt. Hierbei sind ausnahmslos Ärzte des MDK anwesend, die nicht meiner Fachrichtung angehören. Das Ziel des MDK ist hierbei immer die tatsächliche Verweildauer zu kürzen, um hierdurch Rückforderungen des DRG-Entgeldes zu ermöglichen. Da die Patienten ja erst am Operationstag aufgenommen werden, und dies stößt regelmäßig vor allem bei älteren Patienten auf Unverständnis, bleibt hier also nur die Möglichkeit für den MDK, das Entlassungsdatum anzuzweifeln. Hierbei ist vor allem die Pflegedokumentation entscheidend. Bisher wird in der Regel

vom Pflegepersonal „positiv“ dokumentiert, das heißt es wird dokumentiert wie gut es dem Patienten geht. Dies ist generell falsch, da es dem MDK auf eine Negativdokumentation ankommt, also wieviel Hilfe braucht der Patient, wieviel Schmerzmittel, wieviel Mobilisationshilfen sind nötig usw. Dokumentiert werden muss also zum Nachweis der stationären Pflegebedürftigkeit was der Patient noch benötigt.

Den kranken Kassen geht es nur darum, Geld zu sparen durch Kürzung der Pflageage. Bei den MDK-Beurteilungen wird immer hart verhandelt, leider auch immer erst lange nach dem jeweiligen stationären Aufenthalt. Der Arzt ist daher während des stationären Aufenthalts gezwungen, nicht nur nach medizinischen, sondern auch nach organisatorisch/plausiblen Parametern zu handeln. Dies kann bedeuten, dass ein Patient auch „zu“ früh entlassen wird, zum Beispiel wenn sich im häuslichen Bereich dann Komplikationen ergeben.

Die Leistungserbringer, Krankenhäuser und Ärzte sollten sich daher zur Angewohnheit machen genau so wie die Kassen zu denken und grundsätzlich alle Kürzungen rechtswirksam zu verfolgen. Ein Krankenhaus ist meiner Meinung nach gut beraten, diese MDK-Sitzungen zusammen mit einem Fachanwalt durchzuführen, schließlich geht es auch für die Krankenhäuser um viel Geld.

Name und Adresse des Autors der Redaktion bekannt.

Zum gleichen Thema

Das Hauptproblem ist, dass die Krankenkassen – private wie gesetzliche – in dem hochkomplexen DRG-Abrechnungssystem die Regelung der so genannten unteren Grenzverweildauer missbrauchen, um Klinikrechnungen kürzen zu können. Ursprünglich war diese Regel vom Gesetzgeber zum Schutz der Patienten eingebaut worden, um eine „blutige Entlassung“ zu verhindern, also eine Entlassung aus dem Krankenhaus bevor der Heilprozess abgeschlossen ist. Wird dieser Zeitpunkt nicht erreicht, muss die Klinik Abschläge in ihrer Vergütung hinnehmen.

In zunehmenden Maße lassen nun die Kassen durch den MDK prüfen, ob trotz erbrachter Leistungen von zum Beispiel drei Behandlungstagen das Behandlungsziel fiktiv nicht auch in ein oder zwei Tagen hätte erreicht werden können mit dem Ergebnis, nachträglich die Klinikabrechnungen kürzen zu können. Und diese nachträglichen „Abschläge“ werden dann der staunenden Öffentlichkeit als „Falschabrechnung“ der Krankenhäuser präsentiert.

Einige Beispiele:

Ein elfjähriger Junge, der einen Steckschuss der Leber durch ein Luftgewehr erlitt. Das Kind wird aus einem auswärtigen Krankenhaus mit Hubschrauber zuverlegt, eine operative Intervention ist aber glücklicherweise bei stabilem klinischen Bild nicht erforderlich. Es erfolgt zunächst eine 24-stündige Monitor-Überwachung sowie anschließend eine weitere klinische Überwachung über 24 Stunden. Somit Gesamtverweildauer im Krankenhaus: zwei Tage (!). In der einige Monate später auf Veranlassung der Krankenkasse durchgeführten MDK-Prüfung kommt der MDK-Prüfer (retrospektiv!) zu der Auffassung, dass aufgrund des Fehlens weiterer „instrumenteller- und Laboruntersuchungen“ eine eintägige stationäre Behandlung ausgereicht hätte.

Ein 69-jähriger Patient mit einem metastasierenden Krebsleiden, der sich einer Chemotherapie unterzieht. Wegen der bekannten Nephrotoxizität des Medikaments Cisplatin erfolgt gemäß Chemotherapieprotokoll eine begleitende Infusionstherapie, die aufgrund der begrenzten Durchflussrate des liegenden Ports am Behandlungstag erst um 21.30 Uhr beendet ist, der Patient kann somit erst am Folgetag entlassen werden. Der begutachtende MDK-Arzt hält jedoch eine 24-stündige Behandlung für ausreichend, da die besagte Infusion auch früher hätte beendet und der Patient noch am gleichen Abend entlassen werden können.

Eine 47-jährige, geistig behinderte und in einer betreuten Wohneinrichtung lebende Patientin muss sich einer Koloskopie unterziehen. Der behandelnde Hausarzt erkennt sehr richtig, dass eine ambulante Durchführung mit entsprechender Darmvorbereitung bei der nur geringen Kooperationsbereitschaft der Patientin nicht möglich ist. Somit erfolgt am Aufnahmetag die Darmvorbereitung, am Folgetag die Koloskopie sowie wegen der erfolgten Biopsien eine Nachbeobachtung, dann wird die Pati-

entin wieder entlassen. Der MDK-Prüfer hält jedoch den präinterventionellen stationären Tag für nicht erforderlich und empfiehlt der Krankenkasse eine Verweildauerkürzung. Auch der Hinweis der Klinik, dass im SGB V im § 2a gefordert wird, dass „den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen (ist)“, ändert nichts an der Begutachtung.

Die Problematik betrifft auch den Bereich der privaten Krankenversicherung, wie folgendes Beispiel zeigt:

Eine junge Privatpatientin erleidet bei einem Reitunfall eine Weber-C-Fraktur des Sprunggelenkes. Diese wird operativ versorgt, postoperativ besteht noch eine mäßige blutig-seröse Wundsekretion, die mehrfache Bandwechsel erfordert sowie eine deutliche Schwellung des gesamten Vorfußes, die mit Eisauflagen behandelt wird. Auch muss noch die physiotherapeutische Beübung, insbesondere das Treppensteigen, erfolgen. Obwohl der Privatkasse zu diesem Fall auf Anforderung alle relevanten Unterlagen übersandt werden, will sie nur einen der insgesamt drei stationären Tage vergüten, verlangt also die Entlassung der Patientin am (wörtlich) Nachmittag des ersten postoperativen Tages, somit zu einem Zeitpunkt, der medizinisch völlig indiskutabel ist.

Deprofessionalisierung auf breiter Front und jeden Tag, für den Kliniker ebenso wie für den MDK-Kollegen. Die Kassen weiten ihre Marktmacht auch über eine zunehmende Einflussnahme auf den MDK aus, die Bürokratie explodiert förmlich. Wen wundert es, wenn heute die jungen Kolleginnen und Kollegen ihre Zukunft überall, nicht aber in der kurativen Medizin sehen?

Dr. Helmut Müller, Klinikum des Landkreises Deggendorf, Urologische Klinik/Patientenmanagement, 94469 Deggendorf, E-Mail: doc.helmut.mueller@klinikum-deggendorf.de

Leben und Überleben in Praxis und Klinik – Gefährden Sie nicht Ihre berufliche Existenz und suchen Sie rechtzeitig Hilfe bei physischer und psychischer Überlastung, Psychostress am Arbeitsplatz, Suchtproblematik, Alkohol usw.

Unverbindliche Auskünfte (selbstverständlich vertraulich und/oder anonym) über entsprechende psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten können Sie bei der Bayerischen Ärzteversorgung, Denninger Straße 37, 81925 München, erhalten. Dort stehen Ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung:

Herr Dierking (Mittwoch bis Freitag ganztags), Telefon 089 9235-8862
Frau Wolf (Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag, 9 bis 12 Uhr), Telefon 089 9235-8873