

I.O.E. Fachkonferenz am 10.5.2012 in Bonn

Thema: »MDK-Prüfungen im Krankenhaus und Compliance Management«

von Dr. jur. Michael Ossege, LL.M., Münster*

Am 10.5.2012 fand in Bonn eine I.O.E.-Fachkonferenz zum Thema »MDK-Prüfungen im Krankenhaus und Compliance Management« unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. rer. pol. Dr. biol. hom. Wilfried von Eiff, Centrum für Krankenhaus-Management an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und Herrn Dr. jur. Peter Wigge, Fachanwalt für Medizinrecht, Rechtsanwälte Wigge, Münster, statt. Nach der Begrüßung der Referenten und Teilnehmer durch Wigge führte von Eiff zunächst in das Tagungsthema ein. Das Ziel der anstehenden Vorträge und Diskussionen bestehe darin, einen Beitrag zur Gewährleistung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu leisten, so von Eiff.

Herr Prof. Dr. rer. pol. Dr. biol. hom. Wilfried von Eiff behandelte im Rahmen des Auftaktvortrages das Thema »Versorgungsauftrag MDK-Prüfung und Compliance Management, Verbesserung der Akzeptanz des MDK-Prüfverfahrens«. MDK-Prüfungen als Instrumente der Überwachung und Kontrolle seien wichtige Bestandteile eines Compliance Management Systems, so von Eiff. Insbesondere überwinde das Compliance Management Informationsasymmetrien, wobei im Rahmen der Prüfungspraxis der MDK-Prüfauftrag und die klinische Sensibilität zu berücksichtigen seien. In diesem Zusammenhang wies von Eiff darauf hin, dass wechselseitige Verwürfe das Verhältnis zwischen MDK und Krankenhäusern oftmals belasten würden. Insbesondere gingen die Krankenhäuser nach Ansicht des MDK zu lax mit Dokumentationspflichten um, würden Abrechnungsfehler begünstigen und bagatellisieren, würden ein sog. »up-coding« zwecks Erlösgenerierung betreiben und würden Abrechnungsbetrug begehen. Nach Ansicht der Krankenhäuser hingegen würde der MDK oftmals die klinische Sensibilität vermissen lassen, würde die Ermittlungsbehörden zu schnell einschalten, würde zu viel prüfen und damit die Arbeit der Krankenhäuser behindern und würde den Verwaltungsaufwand und die Kosten unnötig in die Höhe treiben. In einem weiteren Punkt machte von Eiff deutlich, dass das Unterlassen eines Krankenhauses, eine Compliance-Organisation einzuführen, nach der Rechtsprechung des Thüringer Oberlandesgerichts die fristlose Kündigung des Geschäftsführers zur Folge haben könne. Insbesondere sei das Krankenhaus dazu verpflichtet, die organisatorischen und personellen Voraussetzungen für die Einhaltung von Dokumentations- und Abrechnungsregeln zu schaffen, wozu die interne Prüfung der ärztlichen und pflegerischen Dokumentation, die Sicherstellung eines Bewusstseins, dass die Durchführung einer Dokumentation integraler Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Behandlung sei, regelmäßige Schulungen z.B. über Kodierung oder das Schreiben von Arztbriefen, die Gewährleistung der Verfügbarkeit eines krankenhausinternen Informationssystems (ohne Schnittstellenprobleme) sowie das Bereitstellen der erforderlichen personellen Ressourcen für Kodierung, Dokumentation und Verweildauermanagement gehören würden. In dem Zusammenhang wies von Eiff darauf hin, dass das Abrechnungssystem für vollstationäre Leistungen komplex sei und Fehler provozieren würde: neben den Kodier- und

Abrechnungsregeln gäbe es den jährlichen Katalog hinsichtlich Fallpauschalen und Zusatzentgelte mit 13.275 Diagnosen und 25.500 Prozeduren. Die Überprüfung von Verweildauern habe nach Angaben von von Eiff im Rahmen von Prüfungsschwerpunkten einen Prüfanteil von bis zu 70 %. Es könne dem MDK jedoch nicht überlassen werden, darüber zu entscheiden, wie eine Behandlung hätte gestaltet werden müssen. Insbesondere könne die ärztliche Diagnose- und Therapiefreiheit nicht in Frage gestellt werden. Sollte es jedoch trotzdem zu Meinungsverschiedenheiten kommen, sollten diese möglichst im Rahmen einer Sachdiskussion zwischen Krankenhaus und MDK gelöst werden, denn Kooperationen und Selbstdisziplin sei der Effektivität des Klinikbetriebs dienlicher als kalter Krieg, so von Eiff.

Im Anschluss an von Eiff referierte Herr Bernd Beyrle, Fachbereichsleiter Stationäre Versorgung bei der Techniker Krankenkasse (TK Hamburg) über die »Abrechnungsprüfung im Krankenhaus aus Sicht der Krankenkassen«. Nach Auffassung von Beyrle stellt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V den insoweit zentralen Punkt dar. Anschließend beschrieb Beyrle den Prozess der Abrechnungsprüfung bei der TK, wobei die Zahlen für 2010 (Stand: 8/2011) zugrunde gelegt worden seien. Nachdem die Krankenhausrechnungen in das Abrechnungssystem der TK eingespielt worden seien, würde 35 % der Rechnungen als auffällig gelten. Nach einer entsprechenden Auswahl der Prüfer würden von den Gesamtrechnungen 11,8 % (= Prüfquote) an den MDK mit einem entsprechenden Prüfauftrag weitergeleitet werden. In 8,2 % der Fälle würde der MDK Gutachten erstellen, von denen 1,2 % sich als offen herausstellen würden. Somit würde die Zahl der beanstandeten Krankenhausrechnungen bei nur 1,2 % liegen, so Beyrle. Im Vergleich dazu würden die Spannweite der Prüfquoten zwischen 18,4 % (AOK) und 6,4 % (BG) liegen; im Durchschnitt würde die Prüfquote bei 11,1 % liegen. Prognostisch für 2011 wies Beyrle darauf hin, dass die Rechnungssummen für Krankenhausleistungen bei 4,5 Mrd. Euro (+ 9,8 %) liegen würde; daraus ergäbe sich ein Erfolg von 135 Mio. EUR (+10,7 %). Hinsichtlich der Prüfinhalte würden sich laut Beyrle für 2011 genau 9,39 % (2010: 7,81 %) auf die Prüfung des Versicherungsverhältnisses beziehen, 11,88 % (2010: 8,5 %) auf die FallpauschalenVO (Wiederaufnahme, Verlegung) und die Entgeltprüfung beziehen, 28,02 % (2010: 30,36 %) auf die Kodierung (Zusatzentgelte, Komplexprüfung) beziehen, 51,96 % (2010: 50,16 %) auf die Leistungsprüfung (primäre und sekundäre Fehlbelegung) beziehen und 1,37 % (2010: 1,21 %) auf die Versorgung außerhalb der Regelversorgung (NUB) beziehen. Das Hauptkonfliktpotential würde nach den Erfahrungen der TK jedoch in den Abschlüssen zur unteren Grenzverweildauer, in der Abgrenzung zwischen ambulant, teil- und vollstationär, in der Auslegung des Begriffs »Komplikation« im Rahmen von Wiederaufnahmen, in hochteuren Fallverläufen und der Behandlung von angeborenen Blutgerin-

* Der Autor ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht in der Kanzlei Rechtsanwälte Wigge in Münster.

nungsstörungen sowie in Fragen der Belegungstage bei Fallzusammenführungen (1. Fall: 1 Belegungstag – Aufnahme und Entlassung am selben Tag; 2. Fall: 1 Belegungstag – Aufnahme und Entlassung am selben Tag) liegen. *Beyrle* wies weiter darauf hin, dass die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1 c SGB V ihre Wirkung verfehlt hätte, da eine Minderung der Prüfquote, die der Gesetzgeber eigentlich bezweckt hätte, nicht eingetreten sei. Zum Abschluss seines Vortrages verwies *Beyrle* auf den strafrechtlichen Bereich, wobei er beispielhaft auf eklatante Auffälligkeiten im Bereich Beatmungsstunden (Schwellenwert: 250 Stunden) und die Berücksichtigung des Geburtsgewichts bei Neugeborenen (Schwellenwert: 1.500 g und 2.000 g) hingewiesen hat. Straf- oder Ermittlungsverfahren seien ihm jedoch nicht bekannt.

Herr Dr. med. Hans-Ulrich Euler, Leiter der Sozialmedizinischen Expertengruppe »Vergütung und Abrechnung« der MDK-Gemeinschaft (sog. SEG 4 vom MDK Baden-Württemberg (Lahr – stationär und ambulant)), erläuterte unter dem Titel »Abrechnungsprüfung im Krankenhaus aus Sicht des MDK« die Umsetzung der Prüfaufträge aus Sicht des MDK. Zu Beginn seines Vortrages wies *Euler* darauf hin, dass MDK-Prüfungen zielgenau und effizient seien. Insbesondere läge eine zielgenaue Auswahl der Prüffälle durch eine flächendeckende Beratung der Krankenkassen bei der Fallauswahl vor. Lediglich 10–12 % der abgerechneten Fälle würden in ein Begutachtungsverfahren gehen. Zum Gegenstand der MDK-Prüfungen wies *Euler* darauf hin, dass diese neben der Notwendigkeit und Dauer, auch korrekte Kodierungen und ordnungsgemäße Abrechnungen, Wiederaufnahmen bzw. Fallzusammenführungen sowie Zusatzentgelte und sonstige Fragen umfassen würden. Die Gründe für Beanstandungen des MDK lägen vornehmlich in einer nicht regelkonformen Festlegung von Haupt- und Nebendiagnosen; weitere Gründe lägen darüber hinaus darin, dass Prozeduren nicht erbracht worden oder nicht zum Eingriff passend erstellt worden seien. Beispielhaft nannte *Euler* in dem Zusammenhang den Umgang mit T-Codes bei »Komplikationen«. Weiter seien vom MDK Baden-Württemberg im Jahre 2011 genau 53,9 % der zur Prüfung vorgelegten Krankenhausesfälle beanstandet worden, im Jahre 2010 lag diese Zahl bei 50,0 %, im Jahre 2009: 44,7 %, im Jahre 2007: 44,3 %, im Jahre 2006: 43,1 %, im Jahre 2005: 38,4 % und im Jahre 2004: 45,5 %. Vor dem Hintergrund dieser statistischen Angaben stellt *Euler* die Frage, wenn insgesamt nur 5–6 % aller Krankenhausesfälle beanstandet würden, ob daraus folgen würde, dass 94–95 % der Abrechnungen korrekt seien? Seiner Auffassung nach ist eine Überarbeitung der Klassifikation der Krankheiten nach ICD-10 und auch der OPS sowie eine Überarbeitung der Kodierrichtlinien (z.B. Streichung verschiedener Komplikationscodes, u.a. T80.1 Gefäßkomplikation nach Infusion, T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs) erforderlich. Schließlich appellierte *Euler* an die Beteiligten, klare Spielregeln zu schaffen, gegenseitige Rollen zu akzeptieren, gegenseitiges Verständnis zu haben sowie einen offenen Umgang miteinander zu pflegen.

Mit einem Blick auf mögliche zukünftige Regelungen der §§ 275 ff. SGB V aus Sicht der Krankenhäuser erläuterte *Herr Andreas Wagener*, stellvertretender Hauptgeschäftsführer und Justitiar der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Berlin), die Sicht der Krankenhäuser mit seinen Beitrag zum Thema

»DKG-Vorschlag für eine Neuregelung der Vorschriften zur Einzelfallprüfung nach §§ 275 ff. SGB V«. In seinem Eingangsstatement wies *Wagener* zunächst darauf hin, dass die Aussage verschiedener Medien, wonach alle Krankenhäuser potenzielle Betrüger seien, selbstverständlich falsch sei. Er berief sich dabei auf eine Studie der BDO-Wirtschaftsprüfungsgesellschaft im Auftrag der DKG vom 4.10.2011 (<http://www.dkgev.de/media/file/10277.BDO-Studie.pdf>, Abrufdatum: 27.7.2012). Im Rahmen der zentralen Aussagen des BDO-Gutachtens seien die Aussagen und Veröffentlichungen der Kostenträger und des MDK zum Thema »Falschabrechnung« sachlich nicht begründet. Eine »Falschabrechnung« läge nach dem Verständnis der GKV erst bei jeder nachträglich korrigierten Rechnung vor. Grundsätzlich würde jede Rechnung durch die GKV geprüft, folglich würden 10–12 % der Rechnungen an den MDK weitergegeben. Nur knapp über 4 % aller Rechnungen würden letztlich nachträglich geändert, d.h. fast 96 % seien korrekt. Eine Hochrechnung der tatsächlich gekürzten Rechnungen auf die Gesamtheit aller Krankenhausrechnungen sei methodisch falsch. Darüber hinaus würden MDK-Prüfungen in den Krankenhäusern einen immensen Aufwand verursachen, so *Wagener*. Krankenhäuser hätten im Rahmen der Einführung der DRG ca. 10.000 Vollkräfte im Bereich des Medizincontrolling und bei den Kodierfachkräften schaffen müssen (Stand 2010; Gesamtbeschäftigte in diesem Bereich: 13.700 Vollzeitkräfte). Dies entspräche einem Personalaufwand von 700 Mio. EUR, wobei die mittlere Personalbindung zwischen 91 und 118 Minuten liegen würde. Häufigster Prüfgrund sei laut BDO-Gutachten die untere und die obere Grenzverweildauer. Unterschiedliche Betrachtungsweisen ergäben sich oft aus legalen Wahlmöglichkeiten. Auch die Komplexität des Abrechnungssystems würde ein erhebliches Fehlerpotenzial bedingen. Echte Falschabrechnungen im Sinne eines Betruges kämen jedoch so gut wie nicht vor. *Wagener* forderte daher eine Weiterentwicklung der Einzelfallprüfung und damit keinen völlig neuen Ansatz. Grundsätzlich habe die Prüfung vor Ort im Krankenhaus stattzufinden, so *Wagener*; eine Ausnahme sei lediglich dann anzunehmen, wenn sich das Krankenhaus damit einverstanden erklären würde. Eine Prüfung nach Aktenlage habe sich als ineffektiv erwiesen. Die Übersendung von Aktenauszügen reicht für eine inhaltlich substantielle Begutachtung oftmals nicht aus. Das aufwendige Kopieren von Behandlungsunterlagen würde entfallen. Vor Ort im Krankenhaus lägen sämtliche Mittel der Erkenntnisgewinnung vor; insbesondere könnten Rückfragen im direkten Gespräch mit dem Krankenhausarzt sofort geklärt werden. Erfahrungen aus Landesbereichen, in denen das primär so gehandhabt würde, würde dies auch bestätigen. Außerdem forderte *Wagener* ein zeitlich straffes Verfahren vom Prüfauftrag bis zur leistungsrechtlichen Entscheidung, die Einführung eines grundsätzlichen Aufrechnungsverbot es strittiger Rückforderungsansprüche sowie eine Verpflichtung des MDK, dem Krankenhaus das vollständige Gutachten, d.h. nicht nur das Ergebnis der Begutachtung in Durchschrift zuzuleiten. Weiter sei der MDK an den Prüfauftrag zu binden, so dass sich ein Verwertungsverbot für sonstige Erkenntnisse ergeben würde, so *Wagener*, der schließlich im Rahmen der örtlichen Zuständigkeit das sog. »Tatortprinzip« (örtliche Zuständigkeit des MDK des Bundeslandes, in dem sich das Krankenhaus befinde) einforderte.

Im Anschluss daran stellte Herr Dr. jur. Michael Ossege, Fachanwalt für Medizinrecht, Rechtsanwälte Wigge (Münster) in seinem Beitrag »*Rechtlichen Aspekte der Abrechnungsprüfung durch den MDK und gerichtlichen Rechtsschutz*« einige neue Aspekte hinsichtlich der Rechte und Pflichten des MDK dar. Nachdem er kurz die wirtschaftliche Bedeutung von Krankenhausbehandlungen beleuchtet hat, betonte Ossege den grundsätzlichen Unterschied zwischen anlassunabhängiger (§ 17c Abs. 2 KHG) und anlassabhängiger Prüfung (§§ 275 ff. SGB V), wobei anlassunabhängige Prüfungen kaum Bedeutung erlangt hätten (BT-Drucks. 17/5742 v. 9.5.2011) und daher nicht weiter vertieft werden sollten. Voraussetzung für anlassabhängige Prüfungen wäre hingegen das Vorliegen eines konkreten Verdachts bezogen auf einzelne Patienten oder auch auf eine Vielzahl von Patienten (vgl. VG Berlin, Urt. v. 27.2.2002 – 24 A 147.01, juris Rn. 38). Eine statistisch festgestellte allgemeine Überschreitung der durchschnittlichen Verweildauer reiche laut Ossege jedenfalls nicht aus (vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R, juris). Darüber hinaus ergäbe sich aus dem medizinischen Informationsdefizit der Kassenseite, das mittels des MDK auszugleichen sei (vgl. BT-Drucks. 11/2237, S. 232), ein ausschließliches Initiativrecht der Kassen. Dieses Recht würde sich in dem konkreten Auftrag an den MDK widerspiegeln. Nach Auffassung von Ossege hätten die Kassen insoweit einen einklagbaren Anspruch gegen den MDK insoweit, als sie bestimmen könnten, ob der MDK eingeschaltet werden soll und welche Aufgaben konkret zu erfüllen seien (z.B. konkreter Fragenkatalog); zudem könnten die Kassen die Art und Weise der Erstellung der gutachterlichen Stellungnahme (z.B. Aktenlage oder Prüfung im Krankenhaus) bestimmen. In diesem Zusammenhang wies Ossege darauf hin, dass eine gutachterliche Stellungnahme des MDK im Zweifel nur dann verwertbar wäre, wenn ihr grundsätzlich die vollständige Krankenhausakte zugrunde gelegen hätte. Letztlich hätte der MDK selber hinsichtlich des Auftragsinhalts kaum eigene Entscheidungsspielräume. Zudem seien die Kassen an die medizinischen Feststellungen des MDK nicht gebunden, so Ossege. Dies ergäbe sich zum einen aus dem Initiativrecht der Kassen bzw. ihrer Funktion als »Herren der Begutachtungsaufträge« (vgl. BSG, Urt. v. 28.2.2007 – B 3 KR 12/06 R, juris Rn. 15), woraus sich nicht nur das Recht ableiten ließe, Aufträge zu erteilen, sondern auch Aufträge zu ändern oder zurückzunehmen. Zum anderen würden die Leistungsentscheidungen von den Kassen getroffen, die auch die sich daraus ergebenden Rechtsfolgen zu tragen hätten, und nicht von dem MDK. Darüber hinaus verwies Ossege mit Blick auf die »Zeitnähe« in § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V auf die beim 1. Senat des BSG anhängige Rechtsfrage, ob eine Krankenkasse mehr als sechs Monate nach der innerhalb der 6-Wochenfrist erfolgten Ankündigung der Überprüfung keinen Anspruch mehr auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den MDK hätte, weil die Prüfung nicht mehr zeitnah durchgeführt werden könne (B 1 KR 24/11 R). Weiter verwies Ossege auf die beim 3. Senat des BSG anhängige Rechtsfrage, ob eine Kasse mit dem Einwand der fehlenden Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ausgeschlossen, wenn sie nicht innerhalb der 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V eine Prüfung durch den MDK veranlasst habe (B 3 KR 14/11 R). In diesem Streitverfahren gehe es insbesondere um die Frage, ob die 6-Wochen-Frist als Ausschlussfrist nur im vorgerichtlichen oder im Rahmen der

Amtsermittlung auch im gerichtlichen Verfahren zu beachten sei. Mit Entscheidungen des BSG sei in beiden Fällen noch in diesem Jahr zu rechnen. Vgl. die mittlerweile vorliegende Entscheidung des BSG vom 16.5.2012 – B 3 KR 14/11 R, juris, wonach die Ausschlussfrist auch im sozialgerichtlichen Verfahren beachtlich ist und den Amtsermittlungsgrundsatz einschränkt. Im Rahmen des gerichtlichen Rechtsschutzes sprach Ossege das Thema »Haftung des MDK« an. Dabei stellte er einen fiktiven Fall vor, in dem die Stellungnahme des MDK klar falsch gewesen sei (z.B. Grundlage des Gutachtens neben den § 301er-Daten sowie der Aufnahmebogen und der Entlassungsbrief) wäre, die gutgläubigen Kassen trotzdem ein Klageverfahren angestrengt hätte, das nach Einholung gerichtlicher Gutachten zu Lasten der Kasse kostenpflichtig abgewiesen worden sei; das Krankenhaus habe zudem einen Rechtsanwalt eingeschaltet, so dass insgesamt für die Kasse ein nicht unerheblicher finanzieller Schaden entstanden sei. Nach Auffassung von Ossege wäre ein Schadensersatzanspruch der Kasse gegen den MDK wohl nur auf Art. 104a Abs. 5 GG zu stützen; praktische Fälle seien ihm im Verhältnis Kasse-MDK auf der vorbenannten rechtlichen Grundlage jedoch nicht bekannt. Dem Einwand, dass doch auch diese Kasse den MDK und damit ihren eigenen Schadensersatzanspruch mitfinanzieren würde, entgegnete Ossege, dass es zum einen unbillig sei, dem MDK hinsichtlich seiner Aufgaben im Ergebnis quasi einen rechtsfreien Raum zu gewähren. Zum anderen sei der Finanzierungsanspruch des MDK zu trennen von seinen Aufgaben, gutachterliche Stellungnahmen zu erstellen.

Aus Sicht der Controller in Krankenhäuser sprach Herr Dr. med. Frank Studenski vom Team Controlling am Pfalzklitorium für Psychiatrie und Neurologie AdöR (Klingenmünster) über das Thema »*Operatives Medizincontrolling in der Krankenhausabrechnung*«. Das Ziel des operativen Medizincontrollings in der Abrechnung bestünde nach Auffassung von Studenski darin, Diagnosen und Prozeduren vollständig und sachgerecht zu kodieren. Hierin läge die Basis für Abrechnungen und auch für Budgetverhandlungen. Hinsichtlich einer Schwachstellenanalyse sei jedoch eine Überlastung des Personals, ein nicht unerheblicher Zeitaufwand, nicht ausreichende Schulungen sowie Mängel im Krankenhausinformationssystem (KIS) festzustellen. Die Ziele des Medizincontrolling als Schnittstelle zwischen den Bereichen Ökonomie-Medizin bestünden laut Studenski in der Sicherstellung der richtigen Diagnose-Dokumentation über den ICD-Schlüssel (sog. Right-coding), in der Standardisierung von Behandlungsabläufen, im Berichtswesen (spezifische steuerungsrelevante Kennzahlen), im MDK-Management, in der Sicherstellung der externen Qualitätssicherung, in der Beratung der Krankenhausleitung, der oberen und mittleren Führungsebenen, in der Vorbereitung und Mitwirkung bei der Leistungsplanung, den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern sowie in der Mitwirkung bei den internen Budget- und Leistungsgesprächen mit den abteilungsleitenden Chefarzten. Nach Auffassung von Studenski lägen relevante Prüft Themen im Rahmen somatischer Erkrankung in der Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen sowie der Prozeduren sowie zusätzlich in der primären und sekundären Fehlbelegung. Im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen lägen die relevanten Prüft Themen bislang in der Kodierung von Hauptdiagnosen,

in der Psych-PV sowie in der primären und sekundären Fehlbelegung. Relevanten Prüffthemen im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen lägen zukünftig in der Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen, in der Psych-PV-Kodierung, in den PsychOPS, in den Prozeduren (OP, nicht-operative, Komplexbehandlungen, Struktur- und Zusatzmindestmerkmale) sowie in der primären und sekundären Fehlbelegung; laut *Studenski* würde das insoweit maßgebliche PsychEntgG möglicherweise aber erst 2013 in Kraft treten. Nachdem *Studenski* im Rahmen von strukturellen Implementierungen u.a. auf die besondere Bedeutung von Dokumentationskonzepten sowie auf die Notwendigkeit des Einsatzes von Kodierexperten und das Vorhandensein eines Case Managements hingewiesen hat, sei auch die Erteilung von Auslegungshinweisen (z.B. Bsp.: geriatrisch= Alter mindestens 60, i.d.R 70 Jahre neben Multimorbidität, zwischen 60-70 ergänzende Plausibilität) von besonderer Bedeutung. Schließlich sei vor Einreichung einer Abrechnung an eine Krankenkasse ein internes Plausibilisierungsverfahren, z.B. hinsichtlich besonderes kritischer Sachverhalte (u.a. Verweildauern bei Komplexbehandlungen), durchzuführen. In diesem Zusammenhang sei die Unterstützung von EDV-Technologien von besonderer Bedeutung. Im Rahmen eines Fazits wies *Studenski* schließlich darauf hin, dass ein systematischer Check vor Fallabrechnung, eine elektronische Patientenakte, die Strukturierung von Vorgabedokumente für den Nachweis gegen Fehlbelegung sowie profunde Kenntnis der Rechtslage als Erfolgsfaktoren zu bezeichnen seien. Abschließend betonte er, dass in MDK-Prüfungen vor Ort ein klares Ziel des Pflzklunikums läge.

Im Abschlussvortrag beschäftigte sich der stellvertretende Verwaltungsdirektor der Kerkhoff-Klinik GmbH Bad Nauheim, Herr Matthias Müller (Bad Nauheim), mit dem Thema »*Gut vorbereitet auf die MDK-Prüfung*«. Im Anschluss an eine Vorstellung der Kerkhoff-Klinik, erläuterte er seine Sicht über Organisation und Aufgaben des Medizincontrollings. Diese bestünden in dem Vorhandensein entsprechenden Personals, wobei die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern des Medizincontrollings und der DRG-Ärzte von besonderer Bedeutung sei. Zu den Kernaufgaben der Mitarbeiter des Medizincontrollings würden die Fallkodierung und die MDK-Fallbearbeitung gehören. Im Anschluss daran wandte sich Müller den konkreten MDK-Prüfungen zu. Grundsätzlich sei festzustellen, dass drei Komplexe zu unterscheiden seien: von insgesamt 100 % der Prüfungen würden 80 % im GKV-Bereich im Visitenverfahren und 8 % im GKV-Bereich in der schriftlichen Bearbeitung erfolgen; 12 % der Prüfungen betrafen den PKV-Bereich, der die Prüfungen ausschließlich im schriftlichen Verfahren durchführen würde. Dabei sei eine

strukturierte Vorbereitung, insbesondere eine umfassende Fallanalyse von der Aufnahme bis zur Entlassung unerlässlich. Im Rahmen der – schriftlichen – Durchführung der MDK-Prüfungen würden nach Ausführungen von Müller u.a. folgende Schritte erfolgen: zunächst würde die Reihenfolge der Prüffälle festgelegt werden (grds. nach den Unterlagen des MDK), die jeweilige Akte läge dem MDK bei der Prüfung zur Einsichtnahme vor, der Vorgang würde durch das Medizincontrolling vorgestellt werden, die Prüfung (ggf. unter Hinzuziehung des jeweiligen DRG-Arztes) würde erfolgen, Krankenhaus und MDK würden sich das Ergebnis jeweils schriftlich bestätigen. Im Rahmen der Prüfung seien laut Müller zumindest seitens des Krankenhauses folgende Regeln zu beachten: abweichende Meinungen des MDK seien nicht als persönlicher Angriff zu werten, sondern seien zumeist einer nicht ausreichenden Argumentation bzw. Dokumentation geschuldet; es würden keine Grundsatzdiskussionen über Sachverhalte erfolgen, über die man sich bereits oftmals geeinigt hätte; neue Behandlungsmethoden würde frühzeitig vorgestellt werden; Sachverhalte, die sich nicht klären ließen, könnten für eine kommende Prüfung zurückgestellt werden. Nach Angaben von Müller würden die Prüffälle im Anschluss an die Prüfungen mittels Protokolle umfassend nachbearbeitet und evaluiert (z.B. Änderung der Anfragen, Vollständigkeit der Dokumentation, neue »Spielregeln«, Prüfgründe => im Jahr 2010: 60 % der Prüffälle betrafen die untere Grenzverweildauer) werden. Eine umfangreiche Evaluation stelle im Ergebnis die beste Vorbereitung auf kommenden MDK-Prüfungen dar. Zudem sollten die Krankenhäuser immer wieder beim MDK anfragen, ob ihr Krankenhaus auffällig sei. Auch seien Fragen bei den Krankenkassen geboten, um auf diesem Wege die Rückmeldungen des MDK und die Ergebnissen der MDK-Prüfungen zu erfahren. Zusammenfassend forderte Müller, die Abschaffung der unteren Grenzverweildauer, eine Transparenz der Ergebnisse der MDK-Berichte sowie eine Stärkung der MDK-Prüfung in den Krankenhäusern; in der Kerkhoff-Klinik würden ausschließlich vom MDK schriftlich geprüfte Fälle zu Gerichtsfallen werden.

Als Fazit kann gesagt werden, dass die I.O.E.-Fachkonferenz zum Thema »*MDK-Prüfungen im Krankenhaus und Compliance Management*« ein voller Erfolg war, was im Ergebnis auch viele Anregungen und Diskussionsbeiträge der Zuhörer bestätigt haben. Welchen Weg der Gesetzgeber zukünftig gehen wird und ob die hier geschilderten Erfahrungen Folgen haben werden, bleibt abzuwarten. Auch aufgrund der ökonomischen Tragweite des Themas dürfte der Weg zu einer Fortsetzung der Diskussion geöffnet sein.