

# DRG-Abrechnung und MDK-Prüfungen

## Podiumsdiskussion zu Alltagsproblemen von Medizincontrollern

*Im September 2006 fand in Heidelberg eine von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling organisierte Podiumsdiskussion zum Thema DRG-Abrechnung und MDK-Prüfungen statt. Die an der MDK-Einzelfallprüfung beteiligten Berufsgruppen sollten ihre Anliegen und Arbeitsinhalte gegenseitig besser verstehen lernen, um daraus Verbesserungspotenziale für die weitere Zusammenarbeit ableiten zu können.*

Seit der Einführung der DRG-Abrechnung für Krankenhausleistungen im Jahr 2003 haben die Anfragen der Krankenkassen und deren Gutachterdienste stark zugenommen. Der Anteil der Fälle, der einer derartigen Einzelfallprüfung unterzogen wird, liegt nach Expertenaussagen bei rund 10 Prozent. Je nach Krankenhaus bzw. Fachabteilung kann er aber auch deutlich darüber liegen. Für die Krankenhäuser ist diese Form der Abrechnungsprüfung mit einem erheblichen personellen Mehraufwand verbunden, da Patientenunterlagen in großem Umfang kopiert und an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) versendet werden müssen. Auch der Medizinische Dienst ist bei in etwa gleich gebliebenen personellen Ressourcen mit einer stetig wachsenden Flut von Begutachtungsansprüchen der Krankenkassen konfrontiert. Ziel des Symposiums war es, dazu beizutragen, die Situation zu verbessern.

Teilnehmer des Podiums waren Sachbearbeiter der Krankenkassen, beim MDK tätige Ärzte sowie Medizincontrollern.

### Probleme mit dem MDK

Die Abläufe der Bearbeitung der Anfragen sowohl auf Seiten des MDK als auch in den Krankenhäusern gestalten sich sehr unterschiedlich. Je nach Größe des Hauses werden

die Anfragen entweder dezentral in den Fachabteilungen von den behandelnden Ärzten oder aber zentral im Medizincontrolling bearbeitet. Dabei ist jedoch ein deutlicher Trend zur Zentralisierung zu erkennen, da klinisch tätige Ärzte in der Regel weder die Zeit noch die Fachkompetenz haben, um die Gutachten effizient beantworten zu können.

Da der Medizinische Dienst auf Landesebene organisiert ist, sind auch hier die Verfahren unterschiedlich. So kommt der Gutachter in Rheinland-Pfalz vor Ort ins Krankenhaus und kann so direkt Einsicht in die Krankenakte nehmen und den Fall mit den behandelnden Ärzten besprechen. In anderen Bundesländern, wie z.B. in Baden-Württemberg, wird lediglich

nach Aktenlage geprüft. Hier sind jedoch bei komplexen Fällen Ausnahmen möglich. So wurden Beatmungsfälle mit umfangreichem Aktenmaterial am Universitätsklinikum Heidelberg bereits vor Ort begutachtet. Da auch der Medizinische Dienst der wachsenden Zahl der Anfragen kaum noch Herr wird, finden regelmäßig Beratungsgespräche mit Vertretern der Krankenkassen statt, um eine



Dr. med. Eva Heiler,  
Schriftführerin DGfM,  
Stabsstelle für Qualitätsmanagement/  
Medizincontrolling,  
Universitätsklinikum Heidelberg

sinnvolle Vorselektion zu ermöglichen. Dadurch sollen lediglich Fälle zur Begutachtung vorgelegt werden, bei denen eine erlösrelevante Änderung zu erwarten ist.

Bei den Krankenkassen werden zunächst alle Rechnungsstellungen ►

einer elektronischen Prüfung unterzogen. Fälle, die hier auffällig sind, werden danach in der Regel von Krankenkassenmitarbeitern nochmals selektiert, so dass letztlich ein je nach Kasse unterschiedlicher Anteil von Fällen übrig bleibt, der dem MDK zur Prüfung vorgelegt wird. Laut Aussage der Deutschen Angestellten Krankenkasse betrifft dies dann nur noch etwa 10 Prozent aller Fälle. Im Rahmen dieser Vorprüfungen ist es auch möglich, Häuser komplett von der Einzelfallprüfung auszunehmen.

### Kritik der Kassen

Von Seiten der Krankenkassen wird bemängelt, dass Unterlagen von den Häusern nicht zeitnah an den Medizinischen Dienst versendet werden. Hierbei handelt es sich jedoch keinesfalls um eine bewusste Verzögerungstaktik der Krankenhäuser, sondern um ein Kapazitätsproblem. Seit Beginn der Abrechnung von Krankenausleistungen über Fallpauschalen im Jahr 2003 ist die Anzahl der geprüften Fälle kontinuierlich angestiegen. So werden insbesondere in Häusern der Maximalversorgung je nach Fachabteilung bereits bis zu 15 Prozent aller stationären Fälle vom MDK überprüft. Die für die Bereitstellung und Versendung der notwendigen Unterlagen abgestellten Mitarbeiter können der wachsenden Flut von Anfragen daher nicht mehr zeitnah gerecht werden. Unabhängig davon, welche Organisationsform im Krankenhaus gewählt wurde, muss die Finanzierung dieser Mitarbeiter durch den primären wertschöpfenden Prozess der Krankenversorgung erwirtschaftet werden. Nicht zuletzt aus diesem Grund wird die Begutachtung vor Ort von



allen Beteiligten sehr positiv bewertet. Im direkten Kontakt lassen sich viele Fragen unkompliziert und ohne aufwändigen Schriftwechsel klären, so dass sich der Gesamtprozess der Einzelfallprüfung auf diese Weise effizienter gestaltet.

### Rolle des Arztbriefes

Kontrovers diskutiert wurde auch die neue Rolle des Arztbriefes in diesem Prozess. Während das Dokument in der Vergangenheit lediglich zur Information des weiterbehandelnden Arztes diente, hat es mittlerweile eine weitere Funktion im Sinne einer Rechtfertigung der Abrechnung zu erfüllen. Dabei stellt sich die Frage, wie viel an medizinisch weniger relevanter, aber erlös-wirksamer Information im Arztbrief enthalten sein sollte. Diese Informationen können zwar das Verfahren der Einzelfallprüfung erleichtern, sie überfrachten den Entlassbericht jedoch mit Inhalten, die für den weiterbehandelnden Kollegen irrelevant sind. Nicht zuletzt bei den Patienten können derartige Details ge-

legentlich für Verwirrung sorgen. Da der Anteil der vom MDK zur Begutachtung angeforderten Briefe üblicherweise bei 10 Prozent liegt, empfiehlt es sich, bei der Aufnahme neuer Inhalte in den Entlassbericht eher zurückhaltend zu sein.

### Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, MDK und Krankenhäusern im Großen und Ganzen konstruktiv gestalten kann. Es bestehen jedoch noch Verbesserungspotenziale, insbesondere, was gemeinsame Absprachen und Entbürokratisierung angeht. Nach wie vor muss der immense Aufwand, den die Einzelfallprüfung insbesondere für die Krankenhäuser auslöst, bei der Bewertung dieser Form der Abrechnungsprüfung kritisch betrachtet werden. ■

Dr. med. Eva Heiler  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 672  
69120 Heidelberg

# Abonnenten kriegen mehr!



+ 14-tägig: Newsletter mit Nachrichten aus Gesundheitswirtschaft und Management

## Das **ku**-Kompaktprogramm für **Besser-Wisser**

# Jetzt abonnieren!

Fax-Antwort 0 92 21/9 49-3 77

Für das Management in Deutschlands Gesundheitsunternehmen zählt die **krankenhaus umschau** zu den unverzichtbaren Bestandteilen des beruflichen Lebens. Hochkarätige Fachbeiträge zeigen, wie Prozesse optimiert werden können, die Technik auf dem neuesten Stand zu halten ist oder Abrechnungs- und Finanzierungsfragen geschultert werden können. Brisante Themen aus der Gesundheitspolitik und die praxisnahe Umsetzung der Gesetzgebung sind fester Bestandteil der aktuellen Berichterstattung.

Bitte schicken Sie die **krankenhaus umschau** bis auf weiteres an diese Anschrift:

- Ich zahle nach Erhalt der Rechnung
- Ich zahle bequem per Bankeinzug

Name .....	Konto .....
Vorname .....	BLZ .....
Beruf .....	Institut .....
Straße, Hausnummer .....	Rechtlicher Hinweis: Ihre Bestellung können Sie innerhalb von vier Wochen schriftlich bei der Baumann Fachverlage GmbH & Co. KG, Postfach 11 49, 95301 Kulmbach, widerrufen. Die Kenntnisnahme dieser Widerrufsgarantie bestätige ich durch meine zweite Unterschrift.
PLZ, Ort .....	
Tel., Fax .....	

Der Jahresabo-Preis für 12 Ausgaben + 7 Specials beträgt 166,20 Euro inkl. MwSt. + Versand (Ausland 181,80 Euro). Studierende zahlen die Hälfte (gegen Vorlage einer Studienbescheinigung).

- Hiermit bestelle ich die **krankenhaus umschau** zum jährlichen Abo-Preis von 166,20 Euro.

E-Mail .....	Datum .....
Datum .....	Unterschrift .....
Unterschrift .....	

**Baumann**  
**Fachverlage** [www.ku-online.de](http://www.ku-online.de)