

Umgang mit MDK-Gutachtern: Argumentationshilfen und Beschwerdewege.

Chefarzt Dr. med. Gerd Sandvoß Meppen/Ems

In den letzten Jahren nehmen die Streitigkeiten mit den Kostenträgern ständig zu. Der am Patienten tätige Arzt wird einerseits von den Gutachtern des MDK, andererseits von den Prüfarzten der PKV in die Zange genommen und muss zunehmend Arbeitszeit zu Lasten seiner Patienten opfern, um den permanenten Rechtfertigungszwängen zu genügen.

Dieser Aufsatz soll dazu dienen, die betroffene Ärzteschaft in die Lage zu versetzen,

unqualifizierte gutachterliche Aussagen richtigzustellen, die Mitarbeiter zu schulen, die gebotenen Schritte konsequent einzuleiten und Schadensbegrenzung zu betreiben.

Hierbei kommt es aber darauf an, nicht passiv zu bleiben, sondern aktiv vorzugehen, d.h. den Schuldner und potentiellen Prozessgegner (GKV mit seinem MDK!) argumentativ zu schlagen, um ausstehende Gelder einzutreiben. Als Erfüllungsgehilfe des Krankenhausträgers wird der

Arzt beim Beitreiben der Forderung aus dem Krankenhausvertrag tätig und muss sich – wie auch im Arzthaftpflichtfall – mit den Gutachtern herumschlagen. Da es aber weder um ärztliche Reputation noch um Körperverletzung sondern allein ums Geld geht, ist konsequente Härte und Zähigkeit zu empfehlen, mit der man institutionellen Schuldnern entgegentritt. Argumentative Schwäche baut den potentiellen Prozessgegner auf!

Es ist ganz entscheidend, dass bereits im Vorfeld, d.h. vorausschauend, im Rahmen der Behandlung von ärztlicher Seite vorgesorgt und dokumentiert wird, um später den Nachprüfungen standhalten zu können.

Folgende Grundsätze sind allgemein akzeptiert:

1. Das Geld folgt der Leistung.
2. Leistungen, die nicht dokumentiert sind, werden auch nicht bezahlt.
3. Die Verweildauer muss medizinisch begründet, d.h. plausibel sein.

4. Allgemeine Rechtsgrundsätze wie das Richterrecht und die Ärztliche Berufsordnung sind zu beachten.

5. Die Vorbildfunktion des Facharztes/Prüfarztes mit der Pflicht zur Beachtung ethischer Grundsätze („Nil nocere“).

Parallelen zu anderen Abrechnungssystemen:

- a) Bei der Verschlüsselung/Eingruppierung der DRGs sind *Komplikationen und Co-Morbiditäten* zu berücksichtigen, sonst entfällt die Höhergruppierung!
- b) In den GOÄ-Rechnungen sind *Er-*

schwerisse zur Begründung eines überdurchschnittlichen Steigerungsfaktors (3,5) anzugeben.

Verfahrensablauf bei der MDK-Begutachtung

Der Kostenträger, d.h. die zuständige GKV, fordert den Krankenhausentlassungsbericht zu Händen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Einsichtnahme an, wozu er nach § 276 SGB V befugt ist. Der Krankenhausentlassungsbericht wird dem MDK zur Überprüfung der Verweildauer mit der Bitte um gutachterliche Stellungnahme über-

sandt, und es bleibt dem MDK überlassen, wen er mit Begutachtung beauftragt.

Im Wissen um diesen Ablauf sind bereits ganz am Anfang Vorsichtsmaßnahmen geboten:

Da die ärztliche Schweigepflicht bekanntlich auch unter Ärzten gilt, haben wir folgenden Passus in die vom Patienten zu unterzeichnenden Aufklärungsbögen aufgenommen:

„Den Vorgaben des § 276 (4) SGB V, des § 25 BO und der Bundesärztekammer folgend, ist eine Herausgabe der Krankenakte/Arztbriefe zu Händen des MDK nur an Fachärzte des gleichen Gebietes gestattet.“

Wird ein Entlassungsbericht angefordert, so kann man unter Verweis auf den dokumentierten Willen des Patienten den Namen des Fachgutachters beim MDK erfragen und die Unterlagen direkt an diesen adressieren. Wird ein fachfremder Arzt vorgeschlagen, ist die Herausgabe zu verweigern.

Wurde demgegenüber z.B. von der AOK über Jahre eine Aktenprüfung vor Ort, d.h. im Krankenhaus, durchgeführt oder wurden regelmäßig Konferenzen (Verwaltung/Ärzteschaft/AOK) zur Klärung offener Fragen durchgeführt, sollte man die Übersendung von Unterlagen an den MDK primär mit dem Hinweis auf das **Gewohnheitsrecht** verweigern und die vom Gesetzgeber vorgesehene Prüfung im Haus nach § 276 (4) SGB V einfordern! So hält man gegebenenfalls den MDK auf Distanz und sichert die Qualität der Bearbeitung. Sonst folgt der

1. Schritt: Übersendung des Krankenhausentlassungsberichts über die GKV zu Händen des MDK (Alarmhinweis für den Krankenhausarzt!)

Merke: Von diesem Moment an darf das Krankenblatt weder eingescannt noch mikroverfilmt werden, vielmehr muss es zur Überprüfung und zur Vervollständigung der Doku-

mentation heraussortiert und bearbeitet werden!

Das erste MDK-Gutachten geht zurück an den Auftraggeber, d.h. an die GKV, die dann dem Leistungserbringer, z.B. einem Krankenhausträger, mitteilt, dass die prä- oder postoperative Verweildauer unbegründet oder nicht nachvollziehbar sei, weshalb ein Teil der angesetzten Pflegetage gestrichen oder die beantragte Verlängerung der Kostenübernahme verweigert wird.

Schluckt nun der Krankenhausträger diese Streichung klaglos, so hat der verantwortliche Arzt seine Aufgabe schon allein dadurch erfüllt, dass er den Abschlussbericht auf Anforderung weitergegeben hat.

Hält jedoch der Arbeitgeber, d.h. der Krankenhausträger, Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, ob dies alles mit rechten Dingen zugehe und die Streichungen begründet sind, entsteht erneut Handlungsbedarf entweder durch den Krankenhausträger oder durch den behandelnden Arzt, der umgehend schriftlich Widerspruch gegen eben diesen Bescheid der Krankenkasse einlegen sollte.

Entscheidend ist also, dass der Krankenhausträger, d.h. die Patientenverwaltung oder der behandelnde Arzt als Erfüllungsgehilfe des Arbeitgebers, Widerspruch einlegt.

2. Schritt: Schriftlich Widerspruch einlegen!

Diesem Widerspruch folgt die schriftliche Begründung für die prä- oder postoperative Verweildauer, gestützt auf die Dokumentation in der Ambulanzkarte oder im Krankenblatt, z.B.:

- Irreguläre Antikörper bei der Blutgruppenbestimmung.
- Seltene Blutgruppe (B neg., AB neg.), fehlende Konserven.
- Anhaltende Ruhedyspnoe.
- Harnverhalt, Oedeme, Lungenstauung, COLD.

- Wundheilungsstörung, Probleme bei der Mobilisation.
- Anhaltende postoperative Schmerzsymptomatik, deshalb gezielte schmerztherapeutische Weiterbehandlung erforderlich.
- Liegende Katheter: Blasenkathe- ter, suprapubischer Katheter, Subclaviakatheter, PEG, Jugular- riskatheter, Bülow-Drainage, die gepflegt und ggf. gewechselt werden müssen.
- Drohende Decubitalulcera, Weiterversorgung sekundär heilender Wunden in schwer erreichbarer Lokalisation.
- Arzneimittelunverträglichkeit, Arzneimittelintoxikation. Präoperativ ASS oder Marcumar, MAO-Hemmer, Biguanide, Narkoseprobleme in der Vorgeschichte (Abklärung), HIT.
- Altersgebrechen, Immobilität, Desorientiertheit, Psychosyndrom, HOPS, Durchgangssyndrom, Entzugssymptomatik.
- Fehlende Compliance des Patienten, z.B. Entschlusslosigkeit bei der Stufenaufklärung.
- Konsile: Diese können mündlich oder schriftlich erfolgen, müssen aber dokumentiert sein, ggf. Namen des Konsiliarius nennen.

Entlassungen nie am Montag sondern besser am Samstag! Arztbriefe sind wie folgt zu formulieren: „...Komplikationsarmer Verlauf“, „es war ständige ärztliche Überwachung erforderlich“, „rezidivierende Dyspnoe und instabile Kreislaufverhältnisse verzögerten die Entlassung“, „eine Mobilisierung war nur mit Hilfe und unter der Gabe stärkerer Schmerzmittel möglich“. „Eine Umstellung der Schmerztherapie/Antikoagulation/Antibiose war erforderlich“.

Ex post sind Aktenvermerke und begründende Eintragungen ins Krankenblatt bis zur Anforderung der Krankenakte durch den MDK gestattet. Danach wird die Krankenakte zum Dokument und darf nicht

Schadensbegrenzung, bevor eine komplette Streichung erfolgt. Gutes Argument: die mittlere Verweildauer wurde nicht überschritten. Auch später im Rahmen eines Sozialgerichtsstreits sollte bei einem Rückzugsgefecht diese Form der Schadensbegrenzung (Umwandlung in vor- oder nachstationäre Behandlung) vorgeschlagen werden! Strebt man im Vorfeld eines Rechtsstreits einen qualifizierten Vergleich an, so sollte man als Leistungserbringer immer auf das alternative neue Abrechnungssystem, die DRGs, verweisen und den DRG-Erlös (CW x 2650 Euro) einfordern, bevor vor Gericht Kosten entstehen, ein Gutachter beauftragt und der Instanzenweg ausgeklagt wird.

7. Schritt: Erneuter Widerspruch mit Einforderung der Aktenprüfung im Krankenhaus

Ist das Folgegutachten des MDK immer noch unzureichend, angreifbar und nicht fundiert, sollte erneut schriftlich Widerspruch eingelegt werden mit dem Verweis auf § 276 (4) SGB V, dass eine qualifizierte Begutachtung nur anhand der vollständigen Akten auf Facharzteebene im Krankenhaus innerhalb der regulären Dienstzeiten zwischen 8.00 und 18.00 Uhr möglich sei. Dann ist der MDK wiederum in der Defensive, wenn er weder eine vollständige Aktenprüfung durchgeführt noch einen Facharzt des gleichen Gebietes mit der Begutachtung beauftragt hat. Der Gesetzgeber hat eben diese Kannvorschrift mit dem Aktenprüfung vor Ort eingeführt, um es jedem MDK-Gutachter zu ermöglichen, in der Klinik in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten den erforderlichen Facharztstandard zu gewährleisten. Auswärtige Gutachter des MDK sträuben sich natürlich, die Prüfung im fernen Krankenhaus durchzuführen und sind auch nicht bereit, den Gutachterauftrag an den MDK vor Ort abzugeben. Wird dann die gesamte Krankenakte angefor-

dert, so ist umgehend und vorab zu klären, dass der Zeitaufwand und die Kosten für die Fotokopien übernommen werden, wofür in der Regel der MDK kein eigenes Budget hat. Vielmehr ist der Auftraggeber, d.h. die zuständige Krankenkasse gefordert, diese Kosten zu übernehmen. Ich selbst gehe aus taktischen Gründen in Vorleistung und gebe kostenfrei nur eine CD-ROM heraus, die neben dem Computersystem SAPERION die gescannte Krankenakte und gegebenenfalls auch die Bildgebung enthält. Hat man aber eine derartige CD-ROM vorab kostenfrei übersandt, so ist der Leistungserbringer, d.h. auch der Arzt, in Vorleistung getreten, und wenn sich die MDK Gutachter nicht in der Lage sehen, das Dokument zu öffnen, so müssen sie eben die vollen Kosten für das Fotokopieren der Gesamtkte übernehmen. Maßgeblich ist der Wortlaut des § 276 (4) SGB V in dem der Gesetzgeber ein „Einsichtsrecht“ in die „Krankenunterlagen“ also in die Akte festschreibt: Es sind also die „erforderlichen Unterlagen“ aus der Akte (z.B. die über die präoperativen Tage) zu prüfen und nicht etwa nur die der GKV vorab zugesandten Unterlagen. Für die vom Gesetzgeber nicht vorgesehene Aktenprüfung außer Haus muss die GKV eine zeitnahe, schriftliche Einwilligungserklärung vorlegen (nach § 67 b SGB X, eine Verweigerung bleibt für den Versicherten folgenlos!). Angaben zur Fremdanamnese, die unbeteiligte Dritte betreffen, sind gegebenenfalls zu löschen. Dann erst darf die Akte auf Anforderung an den MDK (nicht an die GKV****) übersandt werden.

Die Spreu vom Weizen unter den externen MDK-Gutachtern lässt sich auch trennen, indem man bei der Widerspruchsbegründung auf spezielle Sequenzen und Schnitte, z.B. eines Computertomogramms oder Kernspintomogramms, verweist und die digitalisierten Bilder auf CD-ROM beilegt: kann der Gutachter die

CD-ROM öffnen und die Bilder einsehen, wird er ihrer Argumentation folgen, sonst muss er schon aus eigener Unsicherheit oder Unfähigkeit zustimmen. Entscheidend ist, dass man den eigenen Wissensvorsprung auf allen Ebenen ausspielt und niemals die Originalakten/Röntgenbilder herausgibt, die ja auch nach § 276 (4) SGB V vor Ort im Krankenhaus hätten geprüft werden können.

Ist das Ergebnis der Nachbegutachtung durch einen Facharzt des gleichen Gebietes wiederum negativ, so kann man sich entweder mit dem neuen restriktiven Bescheid abfinden oder vor der Einleitung eines Sozialgerichtsverfahrens zur eigenen Sicherheit und zur Stützung der eigenen Argumentation wie folgt vorgehen:

8. Schritt: Einholung eines Privatgutachtens ausschließlich zum strittigen Sachverhalt.

Ein kurzes, prägnantes und sachliches Privatgutachten schützt vor unnötigen Rechtsstreitigkeiten und verpflichtet den Richter im Sozialgerichtsstreit einen unabhängigen Gerichtssachverständigen zu berufen, d.h. der Richter kann nicht mehr aus eigenem Ermessen lediglich anhand der Rechtslage entscheiden, vielmehr wird er durch das unterschiedliche Parteivorbringen, das sich jeweils auf Sachverständigengutachten stützt, gezwungen, einen eigenen Gerichtsgutachter zu berufen, dem die Gerichte in der Regel folgen***. Ohne qualifiziertes Parteigutachten vor Gericht aufzutreten, bringt die Gefahr mit sich, dass der Richter allein nach der Rechtslage entscheidet und bei Bagatellbeträgen ein Endurteil fällt. Durch ein Privatgutachten stützt man einerseits die eigene Argumentation gegenüber der GKV und dem MDK und kommt zu einem günstigen Kompromiss oder Vergleich, andererseits hat dann der Gerichtsgutachter die Argumente des Parteigutachters zu diskutieren und

herrscht, bedarf der Nachschulung: bei der MDK-Begutachtung geht es nur ums Geld und nicht um Medizin. Jedoch darf die gesetzlich festgeschriebene Qualitätssicherung nicht vom MDK durch das Abfassen angreifbarer Gutachten unterlaufen werden.

Literatur - und Quellenverzeichnis

Zu *

1. Versicherungsvertragsgesetz § 178 m, so auch
2. BGH - Urteil vom 11.6.2003 - IV ZR 418/02 (www.bundesgerichtshof.de) Die PKV hat dem Versicherten das vollständige Gutachten mit Namen des Sachverständigen offenzulegen, auch wenn keine Untersuchung erfolgte.

Zu **

1. BSG-Urteil vom 29.9.1999 - B6 KA 38/98 R = ArztR 2000, 202 zur Einhaltung der Fachgebietsgrenzen. „Die Gründe, die in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Senats unter verfassungsrechtlichen Aspekten für die Aufgliederung der ärztlichen Tätigkeit in verschiedene Fachdisziplinen und die Notwendigkeit der Beschränkung des für ein Fachgebiet zugelassenen Arztes auf die Tätigkeit in diesem Fachgebiet angeführt worden sind, haben weiterhin Gültigkeit.“

2. BGH NJW 1982, 1094: Wenn sich ein Facharzt auf ein anderes Fachgebiet begibt, so muss er regelmäßig dessen aktuellen Standard in allen Ausprägungen gewährleisten.
3. BGH NJW 1982, 2121, 2123: Ein Übernahmeverschulden eines Arztes liegt stets dann vor, wenn eine Maßnahme durch einen entsprechenden Spezialisten weder eingeleitet noch veranlasst wurde.
4. BGH JZ 1987, 879; OLG Oldenburg MDR 1993, 955: Auch in strafrechtlicher Hinsicht kommt es stets auf die Frage an, wie sich ein umsichtiger und erfahrener Arzt der selben Fachrichtung in der gleichen Situation verhalten hätte.
5. OLG Koblenz: Urteil vom 24.06.2002 - 14 W 363/02 (ArztRecht 2003, 226). Dem Sachverständigen wurde seine Entschädigung gemäß § 3 Abs. 1 ZSEG verweigert, da er vorab hätte erkennen müssen, dass das von ihm erwartete Gutachten Fragen betraf, die „außerhalb seines Fachgebietes“ lagen.
6. Entschließung des 96. Deutschen Ärztetages, Dresden, 4.- bis 8. Mai 1993: Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung auch für die Gutachtertätigkeit, S. 8 II, Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung, 1. Abs.
7. Beschluss der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen vom 11.3.2000 zu TOP 5.1 (4)
8. Protokoll der 1. Sitzung der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der BÄK am 25.6. 2003 in Köln: TOP 4 Seite 12: „gebietsferne Gutachten sind prinzipiell abzulehnen“. Ausnahme: Unfallchirurgie/Orthopädie wegen der Nähe und Gemeinsamkeit der beiden Fachrichtungen.
9. SANDVOSS, G.: Zur Kompetenz und Qualifikation des medizinischen Sachverständigen. ArztR 2003,176 -180

Zu ***

1. BGH Urteil vom 11.5.1993 - VI ZR 243/92 - NJW 1993, 2198 = ArztR 1993, 328 (bei sich widersprechenden Gutachten der Parteien ist die Erhebung eines gerichtlichen Sachverständigen-gutachtens erforderlich)
2. BGH Urteil vom 2.3.1993 - IV ZR 104/92 - NJW 1993, 2378 = ArztR 1993, 263 (keine Gerichtsentscheidung nur nach der Literatur ohne Zuziehung eines Sachverständigen, sonst muss der Richter eigene Sachkunde belegen)

Zu ****

Bundesbeauftragter für den Datenschutz am 12.1.2001

BSG Urteil vom 23.7.2002 - B 3 KR 64/01 R - = ArztR 2003, 168

Weitere Quellen:

BSG Urteil vom 17.5.2000 - B 3 KR 33/99 -

BSG Urteil vom 21.8.1996 - 3 RK 2/96 - = ArztR 1997, 288

Verweildauer/Vorgaben:

Anhaltzahlen für die Krankenhausverweildauer der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung dritte und letzte Auflage vom Januar 1989

(www.g-drg.de) oder im Fachkommentar DRG-Anästhesiologie, 2. Auflage, BDA Nürnberg