

# Wenn der MDK anfragt

Arbeitsunfähigkeit, Klinikabrechnung oder Pflege-  
stufe – das alles und noch viel mehr begutachtet  
der Medizinische Dienst der Krankenversicherung  
(MDK). Dafür verlangt er auch Unterlagen von  
Ärzten. Doch welche Informationen muss man  
herausgeben und wie läuft eine Prüfung ab?



MDK  
Medizinischer  
Dienst  
der  
Krankenversicherung

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

**S**ehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, der MDK wurde von der Krankenkasse des o.g. Versicherten mit der Abgabe einer gutachtlichen Stellungnahme bei Arbeitsunfähigkeit beauftragt. So beginnt das typische Anschreiben der MDK-Arztanfrage bei Arbeitsunfähigkeit. Flattert es dem Arzt ins Haus, geht die Stimmung oft in den Keller. Denn Anfragen des MDK sind zunächst einmal eins: lästig. Schließlich muss man sich mit noch mehr Schreibarbeit beschäftigen, als man ohnehin schon hat. Und dann ist da noch die Frage, was man überhaupt – ohne seine Schweigepflicht zu verletzen – mitteilen darf und wozu man sogar verpflichtet ist.

### Der MDK im Arztalltag

**Aufgaben des MDK** Der MDK berät die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen und begutachtet in deren Auftrag auch Einzelfälle. Die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit von Patienten ist dabei nur eine Aufgabe, die in den Tätigkeitsbereich des MDK fällt – allerdings eine recht häufige: Im Jahr 2012 waren es fast 1,5 Mio. und damit rund 23% der Beratungen und Begutachtungen für die gesetzlichen Krankenversicherungen. Insgesamt kann der MDK aus verschiedenen Anlässen von Ärzten sowie Krankenhäusern Informationen über deren Patienten anfordern. Sie sind im Sozialgesetzbuch (SGB) festgelegt, und zwar in § 275 SGB V und § 18 SGB XI. Die Palette reicht von der Abrechnungsprüfung über die Bewilligung von Heil- und Hilfsmitteln bis hin zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit oder Klärung von Behandlungsfehlervorfällen (► Tab. 1).

**Ohne Auftrag darf der MDK nicht arbeiten** Grundlage für die Arbeit des MDK ist ein konkreter Auftrag der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung. Eigenmächtig darf der MDK also z.B. keine Daten anfordern, um Arbeitsunfähigkeiten zu überprüfen.

- Daher muss der MDK auch bei jeder Anfrage mitteilen, dass er von der Kasse beauftragt wurde und
- aus welchem Grund er den Fall überprüfen soll.

**Nur der MDK ist auskunftsberechtigt** Für alle Anfragen des MDK gilt: Der Vertragsarzt ist gegenüber dem Medizinischen Dienst auskunftspflichtig – sofern dieser die geforderten Unterlagen zur

Erfüllung seiner Aufgaben wirklich benötigt (§ 276 SGB V). Die Krankenkassen selbst sind nicht auskunftsberechtigt und dürfen keine Unterlagen für ihre Zwecke anfordern.

Zwar kommt es immer wieder vor, dass die Kassen Patientendaten vom Arzt erbitten – dies ist aber unzulässig, selbst wenn der Patient der Weitergabe zustimmt [1]. Daher muss der Arzt die Auskunft verweigern und die Kasse an den MDK verweisen.

**Welche Unterlagen muss man einreichen?** Prinzipiell benötigt der MDK alle Unterlagen, die er zum Nachvollziehen des Sachverhalts braucht. Haben Sie also eine Diagnose gestellt und eine Therapie verordnet, müssen Sie nachweisen, dass die Erkrankung vorlag, und angeben, was Sie dagegen unternommen haben.

- Standard sind in der Regel Laborwerte, Medikamentenverordnungen sowie ggf. OP- bzw. Pflegeberichte und der Entlassbrief.

Auch ist in den Schreiben des MDK meist schon vermerkt, welche Unterlagen Sie zur Verfügung stellen sollen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen betonen oft ausdrücklich, dass es dem Interesse des Patienten diene, alle nötigen Unterlagen weiterzureichen [1, 2].

- Stellen Sie daher nach pflichtgemäßem Ermessen Ihre Unterlagen dem MDK zur Verfügung.
- Das gilt nicht nur für eigene Befunde, sondern auch für Fremdbefunde.
- Allerdings muss man irrelevante Textstellen im Fremdbefund schwärzen.

Mit der zweckgebundenen Weitergabe von eigenen und Fremdbefunden an den MDK verstoßen Sie nicht gegen datenschutzrechtliche Vorschriften oder gegen die Schweigepflicht.

**Telefonate mit dem MDK** In seinen Richtlinien empfiehlt der MDK seinen Mitarbeitern, bei Unklarheiten den Arzt einfach anzurufen. Natürlich lassen sich manche Sachverhalte im persönlichen Gespräch ggf. schneller klären als im Schriftverkehr, aber: Der Arzt ist nicht verpflichtet, am Telefon Auskunft über seinen Patienten zu erteilen. Andersherum raten aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen den Ärzten, bei Unsicherheiten lieber telefonisch beim zuständigen MDK nachzufragen.

**Praxistipp** Ein kurzes Telefonat vermeidet oft aufwendige schriftliche Nachfragen [1, 3].

**Berichte: per Formular** Fordert der MDK – bspw. zur Prüfung der Arbeitsunfähigkeit – neben den Unterlagen einen ausführlicheren Bericht von Ihnen an, müssen bestimmte Vordrucke/Formulare dafür genutzt werden. Sie sind mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgestimmt. Verwendet der MDK formlose Anschreiben, muss er angeben, nach welcher Gebührennummer die Auskunft vergütet wird.

**Fallstricke** Auch wenn Sie theoretisch (z.B. weil die Anfrage fehlerhaft war) nicht alle Schreiben beantworten müssen: Das Ignorieren der Anfrage kann auch negative Konsequenzen nach sich ziehen. Denkbar sind z.B.

- Honorarkürzungen für die Klinik,
- Ablehnung von Hilfsmitteln für den Patienten oder
- Beendigung der Arbeitsunfähigkeit.

Dies gilt auch für unzulässige Anfragen durch die Krankenkasse, wie die Zeitschrift der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, KVNO aktuell, in Ausgabe 8/2012 berichtet. Eine Krankenkasse hatte den Elektro-Rollstuhl für einen Patienten nicht bewilligt, weil die Unterlagen die medizinische Notwendigkeit nicht belegten. Dabei hatte der Arzt gar keine

**Tab. 1** Beispiele für Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

#### Die Aufgaben des MDK

##### Begutachtungen für die Krankenversicherung

- Leistungen: Voraussetzungen, Art und Umfang, Notwendigkeit etc.
- Abrechnungen
- Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland
- Arbeitsunfähigkeit/Rehamaßnahmen
- Bewilligung von Hilfsmitteln oder einer ambulanten Dialysetherapie

##### Begutachtungen für die Pflegeversicherung

- Voraussetzung für Pflegebedürftigkeit, Einstufung
- Optimierung der Pflegesituation/pflegerischen Versorgung
- Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen

##### Begutachtungen für den Patienten

- bei Behandlungsfehlervorwurf

Unterlagen eingereicht – weil die Anfrage schlicht unzulässig gewesen war. Probleme wie dieses scheinen regelmäßig aufzutreten: Die Mitgliederzeitschrift hat für solche Fälle sogar eine eigene Rubrik eingerichtet. Unter „KVNO kämpft für Sie“ können Ärzte ihre Erlebnisse mit den Krankenkassen schildern – und die Kammer schaltet sich direkt in den Konflikt ein.

**Cave** Fehlen Unterlagen, werten die Krankenkassen dies mitunter als Beleg für das Fehlen einer Diagnose oder das Ende der Arbeitsunfähigkeit. Konsequenz daraus sind dann häufig Honorarkürzungen oder das „Gesundschreiben“ des Patienten.

**Besonderheiten für Klinikärzte** Sollte sich der MDK mit seiner Anfrage an Sie als Krankenhausarzt wenden, müssen Sie das Anschreiben nicht persönlich beantworten. Hier gilt das Krankenhaus als Leistungserbringer und ist daher zur Auskunft verpflichtet. Die Korrespondenz übernimmt die Krankenhausleitung. Allerdings werden Sie ggf. zur medizinischen Stellungnahme eingespannt (s. unten).

### Beispiel: Anfrage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU)

- ▼ **Nicht jede Arbeitsunfähigkeit wird geprüft** Krankschreibungen gehören zur Routine im Arztalltag. Spätestens am 3. Tag einer Erkrankung wird für jeden Arbeitnehmer die gelbe Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) nötig – und damit eine Meldung an die Krankenkasse. Beobachtet die Kasse bei ihrem Versicherten Auffälligkeiten in Bezug auf die AU, kann sie den MDK einschalten [4]. Dies ist u. a. der Fall bei
- ▶ auffälligen AU-Zeiten (Häufungen, immer vor/nach Wochenenden, AU immer gleich lang – unabhängig von der Diagnose etc.)
  - ▶ auffälligem Beginn der AU (z. B. Zusammenhang mit Kündigung oder mit Ende des Arbeitslosengelds)
  - ▶ auffälligen Diagnosen (z. B. immer wieder dieselbe Diagnose oder häufige AU mit ständig wechselnder Diagnose)
  - ▶ Bescheinigungen durch einen auffälligen Arzt oder auffällig viele verschiedene Ärzte
  - ▶ gleichzeitiger sozialer Belastung (wie Pflegefall in der Familie oder Konflikte am Arbeitsplatz)

**Weiteres Vorgehen** Fälle, in denen die AU häufiger ist und länger dauert als normal, ohne dass sich dies anhand der Datenlage medizinisch nachvollziehen lässt, prüft die Kasse gemeinsam mit dem MDK.

Zunächst in Form einer sog. Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB), später ggf. mithilfe eines Gutachtens durch den MDK. Die Daten, die der MDK zur Beurteilung des Falls benötigt, liegen der Kasse zum größten Teil schon vor. Werden zu diesem Zeitpunkt bereits Unterlagen des behandelnden Arztes benötigt, können Kasse bzw. MDK diese anfordern.

- ▶ Zulässig ist hier auch die Anfrage der Kasse über das vereinbarte Muster-Formular 52, sofern es nicht vor dem 21. Tag des Erkrankungsfalls verschickt wird. Erhalten Sie das Formular früher, müssen Sie es nicht ausfüllen. Ändert die Kasse auf dem Formular weitere Fragen, müssen Sie diese ebenfalls nicht beantworten.
- ▶ Benötigt der MDK einen Bericht vom behandelnden Arzt, muss er zu diesem Zweck das Formular-Muster 11 mit-schicken.

**Formlose Anfragen** Nutzt der MDK formlose Anfragen, hat er die Rechtsgrundlage für seine Auskunftsberechtigung und die Auskunftspflicht des Arztes anzugeben. Auch muss der Zweck der Anfrage aus dem Anschreiben hervorgehen. Zudem ist zu begründen, warum der MDK die Daten nicht anders (z. B. durch eigene Untersuchung des Patienten) einholen kann. Fehlen diese Pflichtangaben, muss der Arzt die Antwort verweigern [3]. Auch Fragenkataloge sind nicht zulässig. Lediglich kurze Auskünfte mit wenigen Fragen und einfacher Antwortmöglichkeit (ja/nein) sind auch formlos erlaubt.

**Begutachtung** Lässt sich der Fall in der SFB nicht abschließend beurteilen, veranlasst die Kasse ein Gutachten durch den MDK.

- ▶ Dieses kann nach Aktenlage oder
- ▶ durch persönliche Begutachtung erstellt werden.

Letzteres ist jedoch aufwendig und kommt daher nur zum Einsatz, wenn der Prüfer den Fall nicht anders beurteilen kann.

Das Gutachten selbst muss neben dem Ergebnis und der sozialmedizinischen Empfehlung des MDK auch eine Zusammenfassung der relevanten Informationen enthalten, die für die Beurteilung herangezogen wurden.

**Wenn man mit dem Gutachten nicht einverstanden ist** Eigentlich ist das Gutachten des MDK verbindlich. Gemäß Bundesmantelvertrag und Ersatzkassenvertrag (§ 62 Abs. 4 BMV-Ä sowie § 19 EKV)

- ▶ kann aber der Vertragsarzt das Gutachten anfechten und eine neue Begutachtung verlangen.
- ▶ Den Antrag dazu muss der Arzt unverzüglich nach Kenntnisnahme und direkt bei der Krankenkasse stellen.

Die wiederum schaltet den MDK ein, wenn sie das Problem nicht selbst lösen kann. Beim MDK erhält der begutachtende Arzt die Stellungnahme des behandelnden Arztes zur Durchsicht. Bleibt er bei seiner Meinung, wird ein Zweitgutachten nötig. Dieses soll ein Gutachter anfertigen, der dasselbe Fachgebiet vertritt, in das die Behandlung des Patienten fällt.

Der Versicherte (Patient) kann das Gutachten nicht anfechten. Er hat aber die Möglichkeit, Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse einzulegen. Das Prozedere ist dasselbe wie beim Einspruch des Arztes.

### Prüfungen in Krankenhäusern und Kliniken

▼ **Was prüft der MDK?** Noch häufiger als die AU kontrolliert der MDK die Krankenhausleistungen: im vergangenen Jahr fast 2,6 Mio. Mal [5]. Gemittelt über die 2045 Kliniken macht das etwa 1270 Fälle pro Haus. Die Gründe für Prüfungen sind vielfältig. So zählte beispielsweise die Uniklinik Heidelberg in den ersten 8 Monaten nach Umstellung des DRG-Systems im Jahr 2003 1558 Anfragen. Der überwiegende Anteil betraf

- ▶ die DRG-Eingruppierung (513 Fälle),
- ▶ die Notwendigkeit (367) und
- ▶ die Dauer der stationären Behandlung (169) sowie

▶ ambulante Operationen (157) [6]. Bei letzteren darf der MDK jedoch nur Art und Umfang des Eingriffs sowie die dazugehörige Abrechnung unter die Lupe nehmen. Die Frage, ob die OP auch bei einem niedergelassenen Facharzt hätte erfolgen können, ist davon ausgeschlossen [7].

**Arten der Überprüfung** Gesetzlich sind 2 Prüfverfahren festgelegt.

- ▶ Es kann ein konkreter Verdachtsfall vorliegen, z. B. wenn der Kasse eine Kodierung in der Abrechnung seltsam vorkommt oder sie die Länge der stationären

ren Behandlung anzweifelt (sog. Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V).

- ▶ Es sind aber auch Zufallsstichproben möglich (Stichprobenprüfung auf Basis des § 17c Krankenhausgesetz, KHG). Dazu bedarf es keines konkreten Verdachtsmoments – vielmehr handelt es sich um eine Art „Rasterfahndung“ nach fehlerhaften Abrechnungen.

**Einzelfallprüfung** Hat die Krankenkasse den Verdacht, dass eine stationäre Behandlung zu teuer oder unangebracht war, oder lassen sich nicht alle Punkte nachvollziehen, kann sie dies in der Einzelfallprüfung untersuchen lassen.

- ▶ Der MDK hat ab Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse 6 Wochen Zeit, der Klinik die Prüfung anzuzeigen.
- ▶ Diese Anzeige ist nur gültig, wenn der konkrete Prüfauftrag angegeben ist (z. B. „die Kasse XYZ hat uns beauftragt, den Fall ihres Versicherten NN auf sekundäre Fehlbelegung zu prüfen“).
- ▶ Des Weiteren gilt das Tatortprinzip – d. h. es ist nur der MDK auskunftsberechtigt, der für das Bundesland zuständig ist, in dem der Patient behandelt wurde. Achtung:
  - ▷ Berlin und Brandenburg haben einen gemeinsamen MDK Berlin-Brandenburg.
  - ▷ Hamburg und Schleswig-Holstein sind zum MDK Nord zusammengeschlossen.
  - ▷ Nordrhein-Westfalen ist wie bei den Ärztekammern in Nordrhein und Westfalen-Lippe unterteilt.

Erst wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, muss das Krankenhaus bei der Prüfung mitwirken und die geforderten Unterlagen übergeben (▶ Abb. 1, online). Anderenfalls kann es sie ablehnen. Allerdings: Innerhalb der 6-Wochen-Frist kann der MDK seine Anfrage nachbessern. Sollte dem Krankenhaus also eine Unstimmigkeit auffallen, empfiehlt es sich, den MDK rechtzeitig darauf hinzuweisen. Zudem ist der MDK berechtigt, innerhalb dieser Frist den Prüfauftrag nach den Vorgaben der Krankenkasse zu ändern.

- ▶ Die Begutachtung erfolgt in der Klinik oder anhand der übermittelten Daten.
- ▶ Führt das Ergebnis nicht zur Verringerung des Rechnungsbetrags, erhält das Krankenhaus eine Aufwandsentschädigung von 300 Euro.

Der MDK darf auch Dritte mit der Begutachtung beauftragen – allerdings haben diese keinen Anspruch darauf, die Daten im Krankenhaus zu erheben. In dem Fall muss der MDK die erforderlichen Angaben anfordern und an seinen Auftragnehmer weiterleiten.

**Stichprobenprüfung** Gemäß § 17c KHG darf der MDK im Auftrag der Kassen eine bestimmte Anzahl zufällig ausgewählter Behandlungsfälle einer Klinik prüfen. Das ist deutlich aufwendiger: Hier untersucht der MDK mindestens 30 Fälle vor Ort, und das über eine Dauer von bis zu 8 Wochen.

- ▶ Die Klinik muss den Prüfern dazu Räume zur Verfügung stellen,
- ▶ sämtliche Patientenakten der benannten Fälle
- ▶ sowie einen Facharzt der geprüften Abteilung als Ansprechpartner.

Die Ergebnisse aller Stichprobenprüfungen werden u. a. krankenhausbezogen dargestellt und in der weiteren Datenaufbereitung für Statistiken auf Landes- und Bundesebene zusammengestellt.

**Fehlkodierungen** Laut Positionspapier des MDK fallen finanziell u. a. Beatmungsstunden ins Gewicht. Typische Fehlkodierungen umfassen bspw. [8]:

- ▶ die intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Code 8-980), die häufig mit zu hohen Aufwandscores berechnet würden
  - ▶ irrelevante Nebendiagnosen, wie z. B. „Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege“ bei Neugeborenen
  - ▶ falsches Zählen von Beatmungsstunden
  - ▶ Kodieren von Nebendiagnosen, obwohl kein Ressourcenverbrauch stattgefunden hat
  - ▶ Kodierung zugunsten höhergradiger Nebendiagnosen (z. B. akute Zystitis bei asymptomatischer Harnwegsinfektion)
- Auch das Zusatzentgelt für eine modulare Endoprothese streicht der MDK häufig wieder aus der Abrechnung. Grund: Viele Prothesen haben zwar einen modularen Aufbau, sie zählen aber erst ab 3 metallischen Einzelteilen an mindestens einer gelenkbildenden Komponente als „modulare Endoprothese“. Das kann den Erlös der Klinik schon mal um bis zu 4500 Euro pro Fall mindern.

**Fehlbelegung** Bei der Fehlbelegung ist zu unterscheiden zwischen einer primären und einer sekundären Fehlbelegung.

- ▶ Um eine *primäre Fehlbelegung* handelt es sich, wenn die stationäre Aufnahme überhaupt nicht nötig gewesen wäre –
  - ▷ also bspw. wenn ein Patient schon am Vortag einer OP aufgenommen wurde, obwohl ein Erscheinen am Tag des OP-Termins auch gereicht hätte.
- ▶ Eine *sekundäre Fehlbelegung* bemängelt der MDK dann, wenn die Grenzverweildauer über- oder unterschritten wird.
  - ▷ Kann der Patient das Krankenhaus früher als geplant verlassen, darf die Klinik nur ein geringeres Entgelt abrechnen.
  - ▷ Behält sie den Patienten länger als vorgesehen da, zahlen die Krankenkassen das zusätzliche Entgelt nur bei überzeugender medizinischer Begründung [8].

**Nicht nur gefühlt zeitaufwendig** Auseinandersetzungen mit dem MDK fressen Zeit. Zwischen 1 und fast 4 h bindet eine Anfrage das Klinikpersonal – je nach Größe der Klinik und Prüfverfahren. Das hat eine Befragung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergeben [9].

- ▶ Am schnellsten geht es, wenn der MDK in der Klinik prüft (sog. Begehungen). Doch auch dann sind noch 1–2 h nötig.
  - ▶ Basiert die Prüfung nur auf Akten, muss man für eine Rechnungsprüfung inkl. Vorbereitung und Stellungnahme etwa 30–60 min mehr einplanen.
  - ▶ Am aufwendigsten scheinen Prüfungen in Unikliniken zu sein: Hier wird das Personal bei Begehungen rund 2 h gebunden, bei externen Begutachtungen anhand der Aktenlage sogar 3,75 h.
- Zwar übernehmen in den meisten Kliniken inzwischen Kodierer, Qualitätsmanager und Medizincontroller den Hauptteil der Aufgabe. Die medizinische Stellungnahme bleibt letztlich trotzdem an den Stations- und Oberärzten hängen.

Daniela Erhard

#### Literatur online

Das Literaturverzeichnis und Abbildung 1 zu diesem Beitrag finden Sie im Internet:

**Abonnenten und Nichtabonnenten** können unter „www.thieme-connect.de/ejournals“ die Seite der *lege artis* aufrufen und beim jeweiligen Artikel auf „Zusatzmaterial“ klicken – hier ist das Material für alle frei zugänglich.

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349299>