

## Zum Prüfverhalten des MDK in psychiatrischen Kliniken – Eine Stellungnahme des Arbeitskreises der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer Kliniken in Rheinland-Pfalz

Einleitung:

Mit der Einführung des PEPP-Entgeltsystems in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung im Jahr 2013 hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen und mehr Leistungsgerechtigkeit in der Vergütung der Behandlung zu erreichen. Nach einer Optionsphase, in der erste Kliniken freiwillig nach dem neuen System abrechnen konnten, gilt das System mittlerweile für alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Es weicht sowohl vom bisherigen Prinzip tagesgleicher Pflegesätze, aber auch vom DRG-System der anderen medizinischen Disziplinen ab. Eine eigentliche Pauschalierung der Aufenthalte findet entgegen der Bezeichnung als „pauschaliertes Entgeltsystem“ weiterhin nicht statt. Zur Ermittlung der Tagesentgelte haben die Kliniken jedoch eine Vielzahl an Kriterien zu berücksichtigen, die z.B. den Schweregrad der Erkrankung, Alter der Patienten<sup>1</sup>, Nebendiagnosen u.v.m. einschließen.

Mit Einführung des neuen Systems ist es für die betroffenen psychiatrischen Kliniken zu einer drastischen Zunahme von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gekommen. Grundsätzlich halten wir das Anliegen der Krankenkassen für nachvollziehbar, die korrekte Anwendung des neuen Entgeltwesens in den Kliniken zu begleiten und zu überprüfen. Die absolute Zahl, die Bilanz der Prüfergebnisse sowie die Qualität der Gutachten und der Gutachter geben jedoch Anlass, zum Vorgehen des MDK kritisch Stellung zu nehmen.

Die Anzahl der MDK-Prüfungen:

Die Anzahl der Prüffälle ist mit Einführung des PEPP-Systems um ein vielfaches gestiegen. Einzelne Kliniken berichten von Prüfquoten bis zu 30% aller Fälle. Die anhaltend hohe Anzahl der Prüffälle führt zu einem deutlich erhöhten Arbeitsaufwand in den Kliniken und bindet therapeutische Arbeitszeit in erheblichem Umfang. Die Anzahl der Prüfungen und die tendenzöse Bilanz der Prüfergebnisse sprechen für ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber den Behandlern in den Kliniken. Dies scheint uns insbesondere angesichts der oft mangelhaften Fachkompetenz und klinischen Erfahrung der Sachverständigen (s.u.) unangemessen.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt. Selbstverständlich beziehen sich die Ausführungen auf alle Geschlechter.

Die nachstationäre Prüfung nach Aktenlage:

Der Großteil der Prüfverfahren findet nach der Entlassung der Patienten statt. Die Kürzungen sind von den Kliniken so nicht mehr wirtschaftlich kalkulierbar. Dennoch sind aber durchaus Leistungen erbracht worden, deren Vorhaltung von den Kliniken ganz grundsätzlich erwartet wird und finanziert werden muss. Dazu zählen nicht nur die hohen Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung, sondern auch die Bereitstellung hochqualifizierter ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienste, die bei jedem medizinischen oder psychiatrischen Zwischenfall durchgehend zur Verfügung stehen sollen. Mit nachstationären Abzügen von ganzen Behandlungstagen wird aber auch die Finanzierung dieser Aufwendungen ex post gekürzt.

Zudem wird meist nur aufgrund der Aktenlage geprüft und entschieden. Da aber oft schon wenige Hinweise auf eine stattgehabte Besserung des Befindens zu Kürzungen führen (s.u.), führen die MDK-Entscheidungen zu einem immer größer werdenden und klar defizitorientierten Dokumentationsdruck auf die Klinikärzte und Pflegenden. Neben dem damit verbundenen enorm wachsenden Zeitaufwand wird bei diesem Vorgehen übersehen, dass die ärztliche und pflegerische Dokumentation ja nicht nur der Prüfung durch den MDK dient, sondern ein Instrument zur Behandlungssteuerung darstellt. Eine überwiegend defizitorientierte Dokumentation indes ist mit den meist ressourcenorientierten psychotherapeutischen Behandlungsansätzen heute nicht mehr vereinbar.

Die Bilanz der Prüfergebnisse:

Die Prüfergebnisse fallen weit überwiegend zu Lasten der Kliniken aus. Fälle, in denen der Klinik ein höheres Entgelt zugesprochen wurde, oder neutrale Ergebnisse – also eine Bestätigung der stattgehabten Behandlung und Rechnung – werden nur sehr selten bis gar nicht mitgeteilt. Diese Bilanz der „Begleitung“ der Kliniken bei der Einführung des neuen Entgeltsystems ist eindeutig unausgewogen und spricht für eine tendenziöse Prüfung im Sinne einer Senkung der Kosten für die Kostenträger. Dies widerspricht jedoch dem gesetzlich verankerten Prinzip, dass die medizinischen Gutachter des MDK „bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen“ seien. [1] Weisungen durch nichtärztliches Personal oder Institutionen indes widersprechen der ärztlichen Berufsordnung (s.u.).

Die Qualität der Prüfergebnisse:

Die Prüfberichte weisen zum großen Teil erhebliche fachliche Mängel auf. Als Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie kritisieren wir neben vielen einzelnen Facetten vor allem folgende grundsätzlichere Aspekte:

## 1. Kürzungen der Aufenthaltsdauer:

Immer wieder finden sich Entscheidungen, Patienten hätten unmittelbar, oft bereits einen Tag nach einer dokumentierten Besserung ihres Befindens spontan entlassen werden müssen. Nicht selten wird darüber hinaus entschieden, den letzten Tag oder die beiden letzten Tage eines mehrwöchigen Aufenthalts im Nachhinein wegzukürzen. Als eine Begründung wird abgesehen von der behaupteten Genesung gelegentlich angeführt, es habe ja auch keine hohe Therapiedichte mehr stattgefunden.

Solche Prüfergebnisse weisen u.E. auf erhebliche Mängel in der fachlichen Expertise der beurteilenden Kollegen hin. So ist fachlich hinlänglich bekannt, dass klinische Verläufe psychischer Erkrankungen keiner linearen Entwicklung folgen. Punktuelle Besserungen können daher kein ausreichendes Moment darstellen, um eine spontane, manchmal tagesgleiche Entlassung zu veranlassen.

Ebenso sollte man von einem sozialpsychiatrisch erfahrenen Gutachter erwarten dürfen, dass er einer soliden Entlassungsplanung genügend Zeit einräumen wird. Dies wird ja von ihm darüber hinaus auch gesetzlich im Rahmen des „Entlassmanagements“ erwartet. Eine solche Planung kann bei Forderungen nach kurzfristigen, ja tagesgleichen Entlassungen nicht mehr erfolgen.

Die Entlassungsplanung wiederum kann meist nicht bei anhaltend hoher Symptomlast durchgeführt werden, weil zu diesem Zeitpunkt auch noch nicht der nötige Umfang des nachstationären Unterstützungsbedarfs ermittelt werden kann. Ggf. müssen die Patienten Hilfen wie Unterstützung durch Angehörige, Termine bei niedergelassenen Ärzten/Ambulanzen etc. organisieren. Sehr häufig besteht noch keine Fahrtauglichkeit, sodass nicht nur die Abholung, sondern auch andere nachstationäre Termine vorab organisiert werden müssen. Aus klinischer Sicht muss ggf. der Betreuer oder das Betreute Wohnen vorab informiert werden.

Vor allem aber müssen sich die Patienten selber auch psychisch auf die Entlassung vorbereiten. Viele sind bei Entlassung noch nicht in der Lage, sich voll selbst zu versorgen oder die häuslichen Pflichten zu übernehmen und müssen auf helfende Angehörige oder Freunde zurückgreifen. Ein großer Teil der psychiatrischen Patienten hat daher auch Angst vor dem Tag der Entlassung und Überforderung und damit vor einem möglichen Rückfall.

Klinikerfahrene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie wissen, dass viele Patienten mit einer so kurzfristigen Entlassungsplanung erheblich überfordert wären. Die Patienten würden mit Verunsicherung und Angst die Klinik verlassen, was seinerseits zu einer Verschlechterung der weiteren Prognose und im schlechtesten Fall zu einer frühzeitigen Rehospitalisierung führen kann.

## 2. Mangelnde Würdigung von Risikofaktoren:

Oft werden bekannte und dokumentierte Risikofaktoren in keiner Weise berücksichtigt, sondern dem primären Prinzip geopfert, den stattgehabten Behandlungsaufwand nicht vollumfänglich zu finanzieren. Selbst für Patienten mit

dokumentiert hohem Suizidrisiko wird häufig gefordert, diese unmittelbar nach einer punktuellen Besserung des Befindens unvorbereitet zu entlassen. Dabei ist in der Literatur hinreichend belegt, dass die Entlassung für die meisten Patienten eine Phase großen Stresses bedeutet [2]. Die Zeit um die Entlassung geht mit einem erhöhten Suizidrisiko einher [3], und das Risiko für Selbstverletzungen vervielfacht sich. Der sorgfältigen Vorbereitung auf die Entlassung kommt also eine anerkannt wichtige Funktion zu. Aus klinischer Sicht wäre allein aus diesem Grund von so plötzlichen Entlassungen dringend abzuraten.

Dass die Klinik gerade für diese Patienten auch unabhängig von ggf. stattgehabten konkreten ärztlichen Kontakten einen Schutzraum bietet, der eine andauernde ärztliche und pflegerische Präsenz gewährt und damit selbstverständlich erhebliche Kosten generiert, wird bei solchen Entscheidungen völlig ignoriert.

Darüber hinaus ist es ein ganz wesentliches psychotherapeutisches Therapiemerkmal, den oft spontanen Impulsen und stark affektiv geleiteten Verhaltensmustern strukturell gestörter Patienten eine verlässliche Behandlungsplanung entgegen zu stellen. Wenn die Behandlung aber nicht mehr absehbar ist, weil nun von den Behandlern unabsehbare und spontane Entlassungen gefordert werden, wird dies den therapeutischen Effekt empfindlich stören.

### 3. Fachlicher Ausbildungsgrad der Sachverständigen:

Offenbar kommen oft Gutachter zum Einsatz, die über keine abgeschlossene psychiatrische Facharztausbildung verfügen bzw. teilweise gar keinen ärztlichen Berufshintergrund haben. Das schließt Ärzte ein, die entweder keinerlei oder eine fremde fachärztliche Ausbildung abgeschlossen haben, sowie Psychologen, die über ihr Pflichtpraktikum hinaus über keinerlei Erfahrung im stationär-psychiatrischen Setting verfügen.

Insbesondere psychologische Gutachter wiederum verfügen nachweislich über keine Kompetenzen in der Einschätzung der Relevanz ärztlicher Untersuchungen, der Risiken medikamentöser Behandlung oder der Bedeutung ärztlichen Bereitschafts- und Krisenmanagements.

Aus unserer Sicht ist es untragbar, dass eindeutig *fachärztlich* veranlasste und *medizinische* Maßnahmen sowie die Frage nach der Notwendigkeit eines *ärztlichen* Bereitschafts- und Krisendienstes oder die Prüfung von Haupt- und Nebendiagnosen nach Aktenlage von völlig fachfremdem Personal in einer Funktion als „Sachverständige“ beurteilt werden.

### Orientierung an der ärztlichen Berufsordnung:

Unklar bleibt natürlich, ob die skizzierten Entscheidungsmuster primär auf der benannten unzureichenden fachlichen Expertise, oder aber auf fehlender Orientierung am

Patientenwohl basieren. Der eingangs zitierte Rechtsbegriff des „ärztlichen Gewissens“ macht jedoch *beide* Aspekte zur Voraussetzung für die Begutachtung.

Abgesehen von dieser Rechtsnorm sehen wir in vielen Fällen Aspekte der Ärztlichen Berufsordnung als zumindest gefährdet an. So werden die dort unter §2 benannten allgemeinen ärztliche Berufspflichten von einigen Sachverständigen offenbar nicht ausreichend berücksichtigt. Die Berufsordnung stellt dabei neben dem ärztlichen Gewissen die Aspekte der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit ganz in den Vordergrund ärztlichen Handelns. Diese Aspekte dürfen gemäß Berufsordnung nicht für anderweitige Grundsätze oder Vorschriften und Anweisungen relativiert werden: „Insbesondere dürfen sie [Ärztinnen und Ärzte] nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.“ [4] Auch ist ihnen nicht gestattet, ihre ärztlichen Entscheidungen aufgrund von Weisungen von Nichtärzten zu treffen.

Zusammenfassendes Fazit:

Es sei hervorgehoben, dass unsere Kritik sich nicht auf einzelne im MDK tätige Kollegen bezieht. Sicherlich gibt es einzelne MDK-Mitarbeiter, die sich noch immer an den dargestellten Standards zu orientieren versuchen.

Unsere Ausführungen beziehen sich auf die Bilanz des Vorgehens im Gesamten. In dieser Bilanz ist das Prüfverhalten der meisten Prüfer deutlich unausgewogen, tendenziös und fachlich ungenügend.

Zwar stellen aktuelle politische Entscheidungen eine größere Neutralität des MDK und eine Begrenzung der Prüfquote schon in Aussicht. Allerdings bleibt unklar, inwiefern die kritisierte fehlende fachliche Kompetenz in Zukunft gewährleistet werden soll. Wir glauben daher, dass das skizzierte Vorgehen doch eine äußerst kritische und auch öffentliche Reflektion sowohl der Institution selber, als auch und vor allem des Entscheidungsverhaltens und der Qualifikation der dortigen Prüfer verdient.

Ärzte, die beim MDK tätig werden, mögen zwar von der direkten Patientenversorgung, den damit verbundenen Arbeitsbelastungen und den ärztlichen Bereitschaftsdiensten entbunden sein. Es darf von ihnen aber erwartet werden, dass sie die Aufgaben von Klinikärzten aus eigener Erfahrung kennen, wenn sie über die Frage von Krankenhausbehandlungsnotwendigkeiten urteilen. Darüber hinaus sind sie sowohl rechtlich als auch nach der ärztlichen Berufsordnung weiterhin in der gleichen Weise dem Patientenwohl verpflichtet wie ihre am Patienten tätigen Kollegen.

Der Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer Kliniken fordert daher

- einen deutlichen Rückgang der Anzahl an Prüfverfahren
- Unterlassung von Prüfungen durch nichtärztliches Personal
- eine durchgehend nachgewiesene fachärztliche Qualifikationen der Sachverständigen

- ein patientenorientiertes Prüfverhalten
- die Gewährung einer angemessenen Vorlaufzeit für die Entlassung der Patienten
- klarere Berücksichtigung von medizinischen und psychiatrischen Risiken
- ein erkennbares Bekenntnis zu den genannten Aspekten der ärztlichen Berufsordnung
- eine erkennbare Neutralität der Sachverständigen
- eine Würdigung knapper, aber ausreichender und ressourcenorientierter Dokumentationen

#### Ausblick:

Als Chefärztinnen und Chefärzte sind wir an einem wohlwollenden und vertrauensvollen, aber auch kollegialen Umgang mit den Kollegen des MDK interessiert. Das oben skizzierte Vorgehen jedoch erzeugt Misstrauen und großen kollegialen Unmut. Mit unserer Stellungnahme wollen wir auf diese Verschiebung des Verhältnisses hinweisen und einen Anstoß geben, in Zukunft wieder vertrauensvoller im Sinne des Patientenwohls tätig zu sein und den Leistungen der in den Kliniken tätigen Kolleginnen und Kollegen mehr Respekt entgegen zu bringen.

#### Literatur:

[1] SGB V § 275, Abs. 5: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_275.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_275.html), abgerufen am 11.09.2019

[2] Wyl A.v., Hengartner MP, Andreae A: Case Management und Netzwerkkoordination: Wie viel Versorgungsoptimierung ist noch möglich? In: Rössler, W.: Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung. Stuttgart 2016

[3] Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D et al.: Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and metaanalysis. JAMA Psychiatry 2017; 74: 694–702

[4] Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt, geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018:

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf) abgerufen am 11.09.2019

#### Autorinnen und Autoren:

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in Rheinland-Pfalz (Sprecherin: Priv.-Doz. Dr. A. Brockhaus-Dumke). Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. W. Eirund, Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Aarstraße  
17, 56368 Katzenelnbogen.