

Tit. 3.1.1.5 MDKRL

Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung

Bundesrecht

Tit. 3 – Beratung und Begutachtung in Einzelfällen -> Tit. 3.1.1 – Leistungen im Einzelnen

Titel: Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: MDKRL

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Tit. 3.1.1.5 MDKRL – Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)

(1) Bei gutachtlichen Stellungnahmen des MDK im stationären Bereich steht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung sowie für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten im Vordergrund. Insbesondere kommt der Qualität der Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Die Auswahl der Einzelfälle hat auch zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse der Stellungnahmen des MDK für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Krankenhäusern und für die Entscheidung der Krankenkasse von Bedeutung sind.

(2) Kriterien für die Auswahl der erforderlichen Fälle können sowohl besondere Erfahrungen mit den einzelnen Krankenhäusern als auch besondere Verhältnisse des einzelnen Krankheitsfalles sein. Daraus lassen sich insbesondere folgende Anhaltspunkte für die Fallauswahl ableiten:

- Beobachtung der Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses,
- Einweisungs-, Verlegungs- und Entlassungsverhalten (Verweildauer, z. B. bei bestimmten Krankheitsarten, Vorbereitung auf Operationen, verspätete Einleitung von AHB-Verfahren, regelmäßig Krankenhausbehandlung im Anschluss an die stationäre Entbindung - § 197 RVO , § 24 KVLG -),
- Indikation invasiver oder kostenträchtiger diagnostischer oder therapeutischer Verfahren,
- Einweisung oder Verlegung mit einer Diagnose, die Zweifel an der Notwendigkeit der (weiteren) Krankenhausbehandlung aufkommen lässt,
- Einweisung durch einen Arzt, der überdurchschnittlich häufig Krankenhausbehandlung verordnet,
- Selbsteinweisung durch das Krankenhaus,
- Aufnahme Pflegebedürftiger oder älterer Menschen aus sozialen Erwägungen (z. B. mangelnde Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten im häuslichen Bereich, Verhinderung der sie sonst versorgenden Betreuungspersonen),
- Diagnose lässt Zweifel aufkommen, ob es sich um eine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne handelt (z. B. Adipositas, kosmetische Operation),
- Verlängerungsantrag enthält keine ausreichende medizinische Begründung für die Notwendigkeit weiterer Krankenhausbehandlung,
- Dauer der Behandlung weicht ohne ausreichende medizinische Begründung von allgemeinen Erfahrungswerten (Krankenhausverweildauer-Katalog) ab.

(3) Ausgehend von den konkreten Fragestellungen der Krankenkasse zur medizinischen Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sollte der Gutachter darüber hinaus auch Stellung nehmen,

- ob der Versorgungsauftrag des Krankenhauses erfüllt wird,

- ob ambulante oder stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation in Betracht kommen (z. B. Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, insbesondere Anschlussheilbehandlung, Entwöhnungsbehandlung bei Suchterkrankungen),
- ob ein Pflegefall vorliegt,
- ob Aktivitäten zur Qualitätssicherung erkennbar sind,
- zu Fragestellungen, die für die Krankenkasse im Rahmen ihrer Planungs- und Steuerungskompetenz bedeutsam sind.

(4) Das Recht der Krankenkasse, Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch den MDK im Krankenhaus beurteilen zu lassen (Krankenhausbegehung), ergibt sich aus § 276 Abs. 4 SGB V . Danach sind die Ärzte des MDK befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können. Nähere Einzelheiten richten sich nach dem Inhalt der von den Landesverbänden der Krankenkassen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land zu schließenden Verträge (§ 112 SGB V).

(5) Die Grundsätze für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung ⁽²⁾ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt. Außerdem enthalten die Verträge mit der KBV weitere Hinweise für die Verordnung von Krankenhausbehandlung. Der MDK hat die Richtlinien und Hinweise ebenso wie das Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte (§ 39 Abs. 3 SGB V) zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Dauer der Krankenhausbehandlung kann sich der MDK an den Anhaltszahlen für die Krankenhausverweildauer orientieren.

(2) *Red. Anm.:*

KHPfIRL