

# 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.:

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

- e) Wundheilungsstörung, Probleme bei der Mobilisation.
- f) Anhaltende postoperative Schmerzsymptomatik, deshalb gezielte schmerztherapeutische Weiterbehandlung erforderlich.
- g) Liegende Katheter: Blasenkathe- ter, suprapubischer Katheter, Subclaviakatheter, PEG, Jugular- riskatheter, Bülau-Drainage, die gepflegt und ggf. gewechselt werden müssen.
- h) Drohende Decubitalulcera, Weiterversorgung sekundär heilen- der Wunden in schwer erreichba- rer Lokalisation.
- i) Arzneimittelunverträglichkeit, Arzneimittelintoxikation. Präo- perativ ASS oder Marcumar, MAO-Hemmer, Biguanide, Narko- seprobleme in der Vorgeschichte (Abklärung), HIT.
- j) Altersgebrechen, Immobilität, Desorientiertheit, Psychosyn- drom, HOPS, Durchgangssyn- drom, Entzugssymptomatik.
- k) Fehlende Compliance des Patien- ten, z.B. Entschlusslosigkeit bei der Stufenaufklärung.
- l) Konsile: Diese können mündlich oder schriftlich erfolgen, müssen aber dokumentiert sein, ggf. Na- men des Konsiliarius nennen.

Entlassungen nie am Montag son- dern 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 Schmerzmit- tel möglich“. „Eine Umstellung der Schmerztherapie/Antikoagulation/Anti- biotikose war erforderlich.“*

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

mehr verändert werden. Man hat also Zeit, schon während der Prüfung des Entlassungsberichts durch den MDK, die Akte gutachtergerecht herzurichten.

Es ist ganz entscheidend, im Vorfeld oder im Nachhinein auf der Kurve oder im Krankenblatt oder im Rahmen der Pflegedokumentation entsprechende Vermerke und Eintragungen zu machen und ggf. diese auch im Entlassungsbericht zu erwähnen. Zu einer qualifizierten Aktenprüfung kommt es aber in der Regel nie, weil der MDK unzureichend mit Personal ausgestattet ist und seine eigenen Befugnisse nach § 276 (4) SGB V nicht wahrnimmt, d.h. keine Aktenprüfung im Krankenhaus innerhalb der vorgeschriebenen Dienstzeiten durchführt. Entscheidend ist also, dass immer der

**3. Schritt:** eine medizinische Begründung (§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) für die Verweildauer angegeben wird.

Problematisch ist die Mitteilung fehlender OP-Kapazität, fehlender Intensivkapazität, Personalmangel aufgrund von Krankheit, zusammenhängender Feiertage, Baumaßnahmen im OP, fehlender Instrumente. Hier wird die GKV zu Recht einwenden, warum der Patient nicht zwischenzeitlich in häusliche Pflege entlassen oder prästationär abgerechnet wurde. Diese Einwände sind legitim und nachvollziehbar, finden aber ihre Grenzen in Flächenstaaten, in denen die Patienten nicht selten mehr als 50 km entfernt die zuständige Spezialklinik anfahren müssen, wobei dann der Hin- und Rücktransport mit dem Krankenwagen mehr kostet als der Pfl egetag oder schlicht unzumutbar ist. Bei bekannten Problemkassen sollte man die Patienten jedoch konsequent auch über längere Strecken nach Hause entlassen und erneut einbestellen mit dem Hinweis, dass ihre GKV ständig Abrechnungsprobleme bereitet und es rat-

sam ist, ggf. schon deshalb die Kasse zu wechseln.

Kann man den in jedem Fall erforderlichen Widerspruch jedoch nicht durch eine der oben genannten Komplikationen begründen, so hat der

**4. Schritt:** die Anforderung des MDK-Gutachtens über den MDK selbst oder über den Patienten zu erfolgen.

Nach § 277 SGB V hat der MDK den Leistungserbringern lediglich das Ergebnis der Begutachtung mitzuteilen, kann diesen aber auf Anforderung das vollständige Gutachten zur Einsichtnahme aushändigen. Gegebenenfalls muss eine vollständige Kopie des Gutachtens über den Patienten nach § 276 (3) SGB V in Verbindung mit § 25 SGB X angefordert werden (bei der GKV entsprechend dem Richterrecht nach dem höchstgerichtlichen Urteil des BGH vom 11.6.2003 - IV ZR 418/02\*). Liegt das MDK-Gutachten vor, so ist dieses in mehrfacher Hinsicht zu prüfen:

**5. Schritt:** Formale Gutachtenprüfung

Wurde das Gutachten durch einen qualifizierten **Arzt des gleichen Fachgebietes** erstattet oder liegt ein Übernahmeverschulden durch einen fachfremden Arzt vor, der ganz offensichtlich für die Fallprüfung nicht ausreichend qualifiziert war. Nach dem Richterrecht und Berufsrecht haben die Fachärzte die Grenzen ihrer Gebiete zu beachten, das gilt selbstverständlich auch für Gutachter, wie die Literatursammlung\*\* belegt.

Schon ein ganz offensichtliches Übernahmeverschulden durch einen fachfremden Gutachter des MDK berechtigt zum **Widerspruch gegen den erfolgten Bescheid und impliziert automatisch eine Wiedervorlage bzw. Nachbegutachtung durch den MDK**, der selbstverständlich befugt und verpflichtet ist, auch externe Fachgutachter beizuziehen (z.B. Neuro-

chirurgen, Dermatologen, Gefäßchirurgen, Algesiologen), wenn in den eigenen Reihen kein Facharzt des Gebietes vorhanden ist. Es gilt der juristische Grundsatz: „Die Begutachtung erfolgt auf dem Gebiet der Behandlung.“

Dann lohnt sich in der Widerspruchsbegründung der Hinweis auf das rechtskräftige Urteil des OLG Koblenz vom 24.6.2002 - 14 W 363/02 (ArztRecht 2003, 226), das dem Sachverständigen seine Entschädigung gemäß § 3 Abs. 1 ZSEG verweigerte, da er vorab hätte erkennen müssen, dass das von ihm erwartete Gutachten Fragen betraf, die „außerhalb seines Fachgebietes“ lagen. Die GKV kann dann – völlig zu Recht – die kostenlose Nachbegutachtung durch den MDK einfordern.

**6. Schritt:** Inhaltliche Prüfung des MDK-Gutachtens

Jetzt hat die inhaltliche Prüfung des MDK-Gutachtens zu erfolgen, ob ggf. Verwechslungen vorliegen oder der Gutachter den Arztbrief falsch interpretiert hat oder nicht in der Lage ist, die durchgeführten Maßnahmen zu beurteilen (z.B. typische Verwechslung Bandscheibenoperation mit Wurzeldekompression bei Spinalstenose, ein Eingriff, bei dem die Bandscheibe in der Regel nicht einmal berührt wird). Äußert sich der Erstgutachter in irgendeiner Form unqualifiziert, unsachlich oder fehlerhaft, ist der behandelnde Arzt in Kenntnis des Falles und der Akte im Vorteil und kann seinen Wissensvorsprung argumentativ in die Waagschale werfen.

**Merke:** Ist das Krankenblatt absolut jungfräulich und bietet es trotz Nachbesserung keine ausreichende Argumentationsgrundlage, ist jetzt – vor der Herausgabe der Akte – der Moment gekommen, beim Kostenträger die Umwandlung der strittigen Pfl egetage in eine vor- oder nachstationäre Behandlung zu beantragen. Das ist eine Maßnahme zur

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 Facharzzebene 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 Gesamtakte 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

die Erfolgchancen, sich vor Gericht durchzusetzen, sind deutlich größer.

### Beschwerdeweg

Es ist keineswegs ungewöhnlich, dass derartige Prüfungsvorgänge trotz des Widerspruchs der Betroffenen liegen bleiben und nicht in einer angemessenen Frist abgearbeitet werden.

Liegt der Fehler bzw. das Versäumnis eindeutig bei der GKV, so kann man sich zwar an die Vorstände der jeweiligen Krankenkassen wenden, wirksamer ist jedoch eine qualifizierte Beschwerde an das Bundesversicherungsamt in Bonn, das für alle bundesweit tätigen Krankenkassen die Aufsichtsbehörde ist, wie z.B. für die Barmer Ersatzkasse, DAK, Techniker Krankenkasse. Für die gesetzlichen Krankenversicherungen jedoch, die nur in bis zu 3 Bundesländern tätig sind wie z.B. auch die AOK Niedersachsen, AOK Westfalen-Lippe ist das jeweilige Sozialministerium des Bundeslandes, in dem die Krankenkasse firmiert, als Aufsichtsbehörde zuständig und verpflichtet, für die Einhaltung der Qualitätsnormen zu sorgen.

Liegt der Fehler eindeutig beim MDK, der z.B. fachfremde Gutachter einsetzt, die Aktenprüfung unterlässt oder begründete Beschwerden nicht beantwortet, muss man die Rechtsaufsicht d.h. das jeweilig zuständige Sozialministerium des Bundeslandes bemühen. Hier, d.h. in den Sozialministerien, wird man sich mit qualifizierten, sachlichen und juristischen Argumenten viel eher durchsetzen als beim betroffenen Medizinischen Dienst, der chronisch unter Personal- und Geldmangel leidet und bemüht ist, Kosten für externe Gutachter zu vermeiden.

Haben sich beide, d.h. die Krankenkasse und der Medizinische Dienst verschworen, den am Patienten tätigen Arzt immer wieder zu behindern und mit Rechtfertigungs-

zwängen unter Druck zu setzen, so empfiehlt es sich, zweigleisig zu fahren und begründete Beschwerden bei beiden Aufsichtsbehörden einzureichen. Hilfreich und korrekt ist auch die Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens vor der zuständigen Landesärztekammer unter Verweis auf § 25 Berufsordnung, wenn die Sorgfaltspflichten bei der Begutachtung nicht eingehalten wurden.

Gibt es dagegen Probleme mit privaten Krankenversicherungen, so ist hier als Aufsichtsbehörde das Bundesversicherungsamt für das Versicherungswesen in Bonn zuständig.

### Kompensation

Im Wissen um die zunehmenden Quereilen und Pressionen von Seiten der GKV und des MDK verbietet sich eine vorzeitige Krankenhausentlassung, z.B. auf Wunsch des Patienten oder bei Betten-/Personalproblemen: Mittlere Verweildauer kennen und ausnutzen (siehe DRGs). Keinen typischen Notfall ablehnen, da über diese Fälle nie gestritten wird. Bei Krebspatienten die ganze Palette der Therapieoptionen ausschöpfen, da Kostenträger und MDK immer in der Defensive sind!

### Zusammenfassung

Eine saubere Dokumentation und eine vorausschauende, MDK-gerechte Formulierung der Krankenhausentlassungsberichte schützt vor Quereilen, wenn es um die Plausibilitätsprüfung der Verweildauer im Krankenhaus geht. Wird aufgrund eines MDK-Gutachtens die Kostenübernahme verweigert, werden Pflagegelder gestrichen oder wird ein Verlängerungsantrag nicht stattgegeben, so empfiehlt es sich, das Problem durch die Abarbeitung mehrerer Einzelschritte anzugehen und einer Lösung zuzuführen, bevor

man das Sozialgericht anruft. Der MDK ist aufgrund unzureichender finanzieller und personeller Ausstattung angreifbar und kann die geforderten Qualitätsnormen nicht regelmäßig gewährleisten, was dem betroffenen Leistungserbringer die Chance eröffnet, seine Nachforderung durchzusetzen. Als Leistungserbringer sollte man nicht darauf vertrauen, dass letztendlich immer der Recht bekommt, der Recht hat. Vielmehr kann man sich erfolgreich mit eigenen Forderungen durchsetzen, wenn man die Einzelheiten der Rechtsvorschriften, die Rechts- und Beschwerdewege und das Richterrecht kennt und als qualifizierter Facharzt den Wissensvorsprung des behandelnden Arztes ausnutzt, der sich nicht nur auf fundiertes Fachwissen, sondern auf die Inhalte der gesamten Krankenakte stützen kann. **Nur wer den Hindernislauf durch die Bürokratie trainiert und beherrscht, wird am Ende erfolgreich sein und ausstehende Gelder herein holen.** Das sorgfältige Verschlüsseln (Dokumentieren) der Co-Morbiditäten, der Komplikationen und der Erschwernisse ist der Königsweg, in der Verwaltungsbürokratie Plausibilitätsprüfungen zu bestehen und eigene Forderungen durchzusetzen, sei es nun im Bereich der DRGs, der GOÄ oder bei der Argumentation mit der GKV/PKV. Durch das konsequente Abarbeiten der aufgeführten Arbeitsschritte ist es dem Autor gelungen, in einem einzigen Fall von der AOK Recklinghausen 4000 Euro hereinzuholen. Das baut auf und stärkt das Selbstbewusstsein. Sich verweigern oder verzagen heißt verzichten: so auch bei der Abrechnung nach den DRGs oder nach GOÄ. Der tüchtige Arzt wird also schon im Vorfeld die Augen offen halten, gut dokumentieren und allein mit Eintragungen ins Krankenblatt Plausibilität schaffen und bares Geld erwirtschaften. Jeder, der nur Medizin am kranken Menschen gelernt hat und be-