

Neues (und Altes) zur MDK-Problematik

PD Dr. med. Marcel Lucas Müller

Universitäts-Hautklinik Freiburg
DRG Research Group Münster

DRG-Meeting – Update 2010
09. Dezember 2009, Kassel

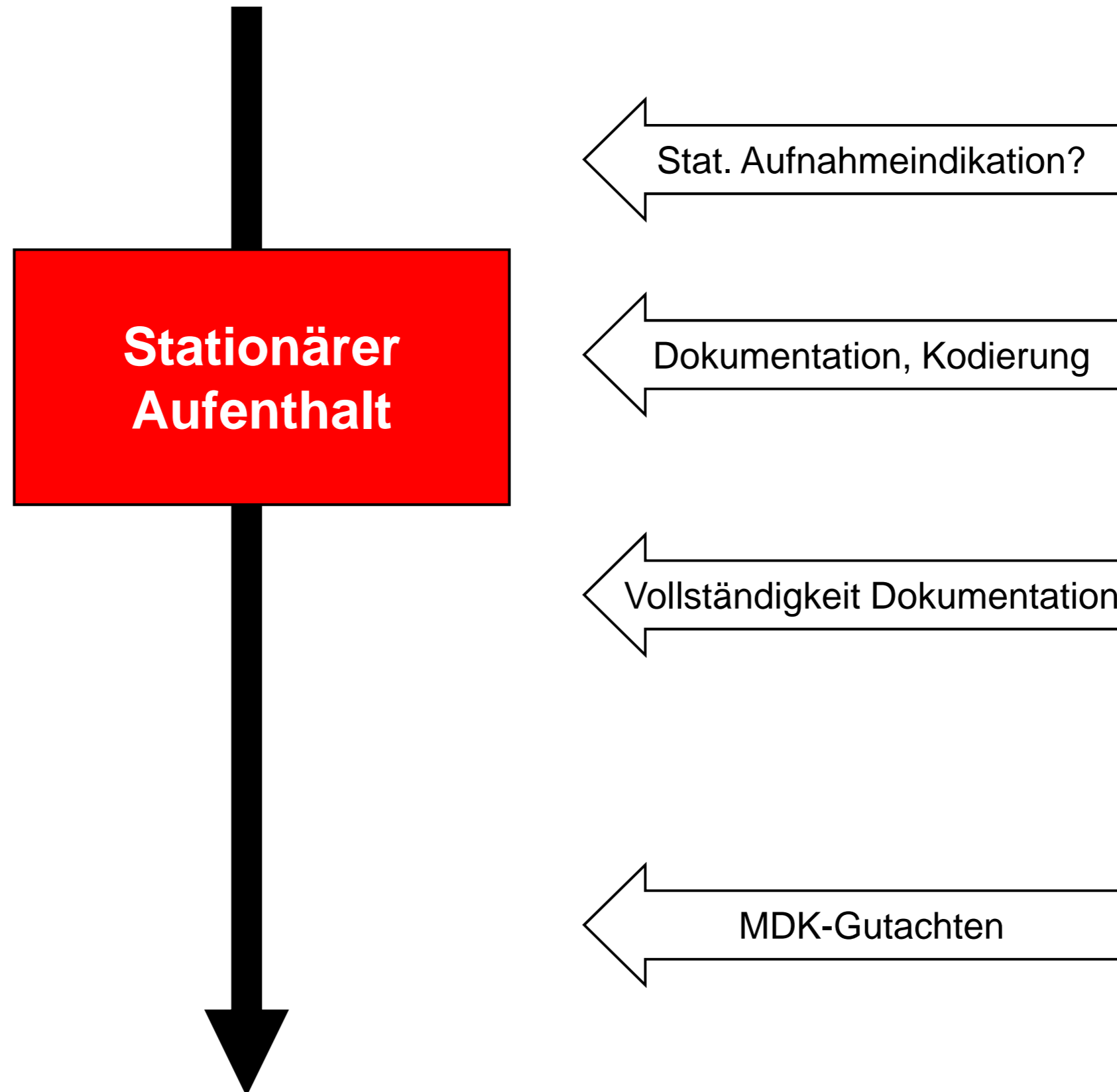


Universitäts-Hautklinik
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2000
Hauptstrasse 7
79104 Freiburg i. Br.

Gesetzliche Grundlagen

- § § 275 SGB V: Stellungnahme im Einzelfall im Auftrag der Krankenkassen bei
- Arbeitsunfähigkeit
 - Notwendigkeit, Art, Umfang und Dauer von Rehabilitationsleistungen
 - Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
 - **Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung**
 - Notwendigkeit und Dauer von häuslicher Krankenpflege
- § § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG): Fehlbelegungs- und Abrechnungsprüfung (in Krankenhäusern)
- Stichprobenprüfungen
 - **Prüfung über Behandlungsnotwendigkeit (Aufnahme- und Behandlungsindikation, Verweildauer)**
 - **Prüfung der korrekten Abrechnung/Kodierung**
 - Maßstab für Fehlbelegungsprüfungen
 - G-AEP-Kriterien, Weiterentwicklung des amerikanischen AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).

Wann sollte auf „MDK-Kompatibilität“ geachtet werden?



Prüfung der Aufnahmeindikation

G-AEP-Kriterien

- § Explizit dokumentiert
- § Einträge in Ambulanzkarte
- § Wo immer notwendig: Rücksprache mit lokalem Medizincontrolling, ob stationäre Behandlung Probleme verursachen könnte

Probleme

- § Externe Direktzuweisungen
- § Fehlende rein medizinische Indikation
- § Staging vorstationär → Konflikt mit Niedergelassenen!

Möglicher Lösungsweg

- § Kostenübernahmeerklärung anfordern
 - ECP
 - Hyperhidrose
 - Venen-Stripping
 - Dermabrasio
 - [...]

Bei Aufnahme

- § Nochmals Prüfung der G-AEP-Kriterien
- § Ggf. Entlassung und Stornierung
 - Wurden relevante Ressourcen bereits verbraucht?
 - Liegt das Verschulden bei uns oder beim Patienten?

Während der Behandlung

- § **Gute Dokumentation!!!**
 - Komplikationen (Blutung, Infektion, u.a.)
 - Isolierung z.B. wg. MRSA
 - Keime
 - Débridements, OP-Berichte, Exzisionen (Größenangaben)
 - Arztbrief
 - **Ärztliche und pflegerische Behandlungsdokumentation**

Nach der Entlassung

- § Kodierung
- § Vorläufiger Arztbrief

Kodierung

- § Noch fehlende Codes? (z.B. Histologie, Fremdbefunde, Débridement, Isolation etc.)
- § Falsche Codes? (z.B. Lokale statt radikale Exzisionen)

Arztbrief

- § Vollständig?
- § Kongruent zur Realität und zu den Codes?
- § Begründung prä-/post-operative Verweildauer?
- § Nichts vergessen?

Konflikt: primäre Fehlbelegung

Primäre Fehlbelegung = Stationäre Behandlungsnotwendigkeit lag nicht vor

§ Wenig Handlungsspielraum:

- z.B. Urticaria, kleinere Exzisionen, Abbruch der Behandlung, Extrem-Kurzlieger

§ Vorhandener Handlungsspielraum:

- Alter, Nebendiagnosen, Entfernung vom Wohnort
- Therapien selber (große Exzisionen)
- Offensichtliche Fehlinterpretationen des MDK (Hyposensibilisierungen, Ausweichtestungen, sonstige konservative Dermatologie)

Konflikt: primäre Fehlbelegung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir können Ihre Argumentation nicht nachvollziehen: bei einer Defektgröße von 5.5 x 1 cm (siehe auch beiliegende Bilder) am sehr gut durchbluteten Capillitium kann man die entsprechende Exzision nicht ambulant durchführen, da **hier eine postoperative Überwachung insbesondere wegen der Blutungsgefahr durch geschultes Pflegepersonal in ständiger Anwesenheit und Notfallbereitschaft eines Arztes notwendig ist**. Die von Ihnen vorgeschlagene ambulante OP wäre fahrlässig und würde schlimmstenfalls durch eine nachts zu Hause unerkannte Blutung das Leben der Patienten gefährden.

Konflikt: sekundäre Fehlbelegung

Sekundäre Fehlbelegung

§ Stationäre Behandlungsnotwendigkeit lag vor, aber Verweildauerabzug

§ Präoperativ

- präoperative Verweildauertage
- Aber: u.U. infrastrukturelle Nachteile der Hautkliniken
- Entfernung vom Wohnort etc. (G-AEP-Kriterien)

§ Postoperativ

- Oftmals wird nur ein postoperativer Verweildauertag anerkannt (von Nicht-Dermatologischen MDK-Prüfern)
- Notwendigkeit der längerfristigen Überwachung wird ignoriert

Konflikt: sekundäre Fehlbelegung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir widersprechen Ihrer Einschätzung, dass bei einer über achtzigjährigen Patientin ein eintägiger poststationärer Aufenthalt ausreichend wäre. Abgesehen davon, dass eine **Überwachung durch entsprechend geschultes Fachpersonal unter der ständigen Notfallbereitschaft eines Arztes** über mehr als 24 Stunden postoperativ erfolgen sollte, ist in diesem Falle bei einem Eingriff am Nasenrücken ein entsprechend voluminöser Pflasterverband notwendig, der die Patientin in der Sicht und Orientierung behindert sowie Probleme bei der Nahrungsaufnahme macht. **Wir sind der Auffassung, dass wir mit der gegebenen, ohnehin schon recht kurzen Verweildauer unseren gesetzlichen Auftrag der Ressourcenschonung bereits erfüllt haben, und eine weitere Verkürzung mit möglicherweise gefährlichen Nachteilen für die Patienten verbunden gewesen wäre und ggf. unseren medizinischen Auftrag einer optimalen und bedarfsgerechten Therapie gefährdet hätten.**

Häufige Probleme

- § Größe des Exzidates ($>4 \text{ cm}^2$, $> 1 \text{ cm}^3$): radikale vs. Lokale Exzision
 - OP-Bericht
 - Histo-Befund
 - Interne Dokumentation der Histologie
- § Mikrographische Chirurgie
- § Begründbarkeit der Nebendiagnosen

Rolle der Medizinischen Codierassistentin (MCA)



MCA

Kodierung

Unterstützung
MDK-Verfahren

Wer schreibt MDK-Gutachten?

Wer schreibt MDK-Gutachten?

- § Lokaler Medizincontroller
- § Zentrales Medizincontrolling des Klinikums
- § Medizinische Codierassistentin
- § Betroffene Assistenz- oder Oberärzte
- § [...]

Balance Aufwand β à Mehrerlös beachten!

- § Sozialmedizinisches Vokabular wichtig

MDK-Probleme

Begutachtung wird immer von Nicht-Dermatologen durchgeführt

- § à Fehleinschätzungen (z.B. Aufwand bei Epidermolysis bullosa, allg. Therapieprinzipien)
- § Operatives Vorgehen wird anders bewertet

Intransparenz der Entscheidung

Kommunikationsdefizite

Herbeiführen einer schnellen Lösung scheitert daran, dass einer von beiden Partnern zurückstecken muss

- § Apodiktische Entscheidungen des MDK
- § Meist steckt die Klinik zurück
- § Widerspruch nur auf gerichtlichem Weg
- § Widerspruch sehr aufwändig

Fazit 1

MDK-Kompatibilität beachten, aber keine sklavische Abhängigkeit davon!

Verweildauer-/Fallzahlplanung

- § Verweildauern nicht zu stark senken
- § „gesunder“ Fallmix
- § Kein rein ökonomisch orientiertes Agieren

Aufnahmeindikation prüfen

Dokumentation

- § Rightcoding!
- § Nebendiagnosen und Komplikationen nicht vergessen
- § Trigger-Prozeduren nicht vergessen (Isolierung, Vakuum, Débridement etc.)
- § Schriftliche Routine-Dokumentation optimieren. Standardtexte optimieren. Dem Trend zur schlechten Dokumentation begegnen!

Ärzte nicht „Abhängen“ von den DRGs + Erlössicherung

Phantasie bei der Bearbeitung von MDK-Anfragen



Internet-Adressen

§ <http://www.derma.de>

- Webseite der deutschen dermatologischen Gesellschaft

§ <http://www.mdk.de>

- Hauptseite der MDK-Gemeinschaft

§ <http://drg.uni-muenster.de>

- DRG Research Group: Online-Grupper, Diagnosen- und Prozedurenbrowser, zahlreiche Hintergrundinformationen, Diskussionsforum (auch zu MDK-Fragen!)

§ www.bwkg.de

- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V., Datenbank mit Empfehlungen zu Kodierfragen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Marcel.Mueller@uniklinik-freiburg.de

