

Die Last vermindern: Gibt es Verbesserungspotenziale in der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und MDK ?

MDK-Kongress 2012, Berlin, 27.März

PD Dr. Jürgen Stausberg/Dr. Nils Lehmann/Dr. Dirk Kaczmarek/
Markus Stein

Einheitliches Kodieren in Deutschland: Wunsch und Wirklichkeit

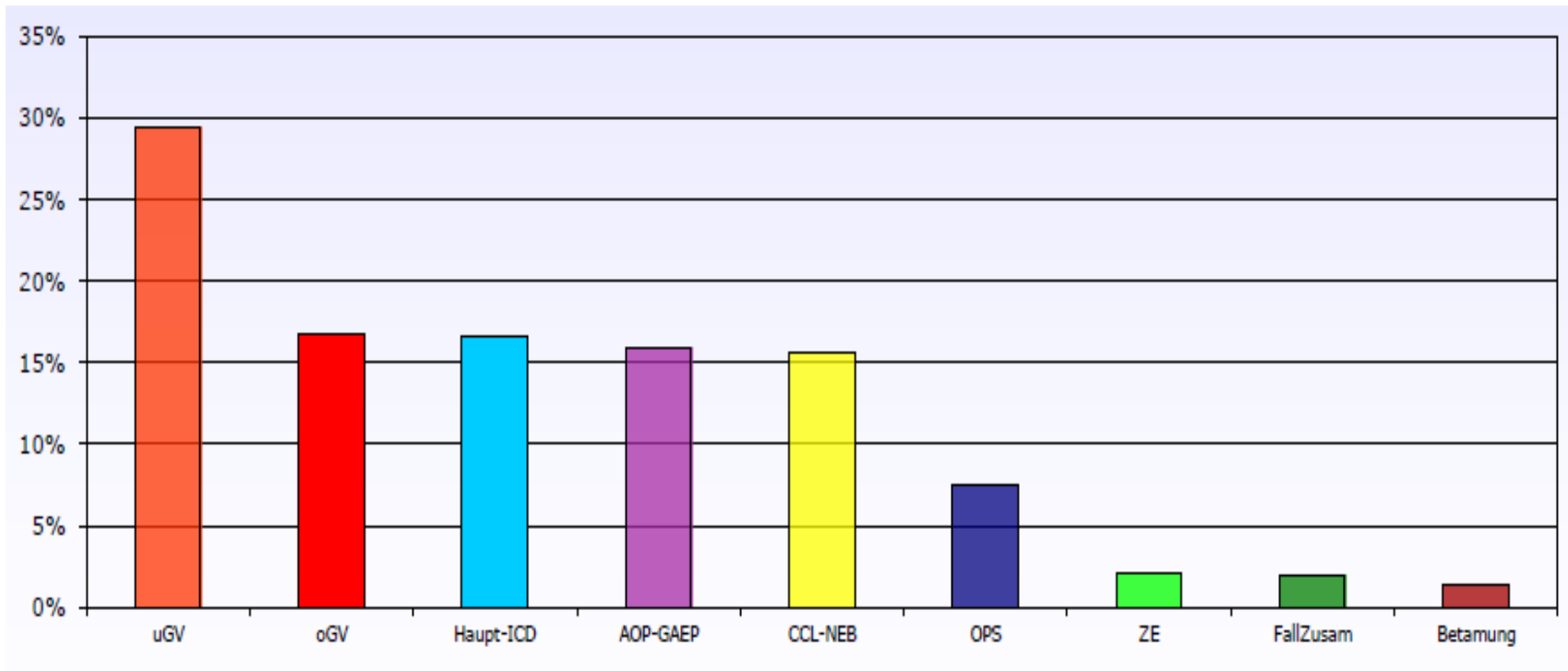
Einheitliches Kodieren mit den gesetzlich vorgeschriebenen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist die Voraussetzung für fall-, einrichtungs- und sektorübergreifende Auswertungen zur Ökonomie, zur Behandlungsqualität und zur Systemgestaltung. Die Übereinstimmung von Medizincontrollern, Dokumentationsfachkräften und Medizinstudenten beim Kodieren von Diagnosen wurde daher anhand von Arztbriefen im Rahmen einer Studie untersucht. Deren unbefriedigendes Ergebnis zeigt die Unsicherheit, die eine Kodierung von Diagnosen mit der ICD-10-GM unter Berücksichtigung der Deutschen Kodierrichtlinien mit sich bringt. Dem Verfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) fehlt somit eine gesicherte Verfahrensgrundlage. Sowohl die Klassifikationen als auch die Kodierrichtlinien müssen deutlich vereinfacht werden, um eine einheitliche Kodierung zu gewährleisten.

ter. Eine einheitliche Kodierung stellt sicher, dass Abrechnung, Qualitätsvergleiche und Risikobewertungen auf tatsächlichen Unterschieden basieren und nicht nur auf der zufälligen Auswahl unter mehreren möglichen Kodieralternativen. Dazu müssen die Werkzeuge zur Kodierung, die Klassifikationen und deren Anwendungsregeln, also die Deutschen Kodierrichtlinien, verständlich, anwendbar und eindeutig sein. Nur dann ist die Festlegung einer „wahren“ Kodierung für den Einzelfall begründbar. Trotz der hohen Bedeutung und der intensiven Nutzung kodierter Diagnosen und Prozeduren ist nicht bekannt, wie hoch die Übereinstimmung bei der Kodierung desselben Sachverhalts in die ICD-10-GM und den OPS ist.

Die Übereinstimmung bei mehrfacher Messung des gleichen Sachverhalts wird als Zuverlässigkeit oder Reliabilität bezeichnet, die Übereinstimmung einer Messung mit einem Goldstandard (dem „wahren“ Wert) als Richtigkeit oder Validität. Wie hängen nun Reliabilität und Validität zusammen? Ein Beispiel aus der Praxis zeigt Tabelle 1.

Frühjahrsumfrage 2011 – Rangliste der Prüfgründe

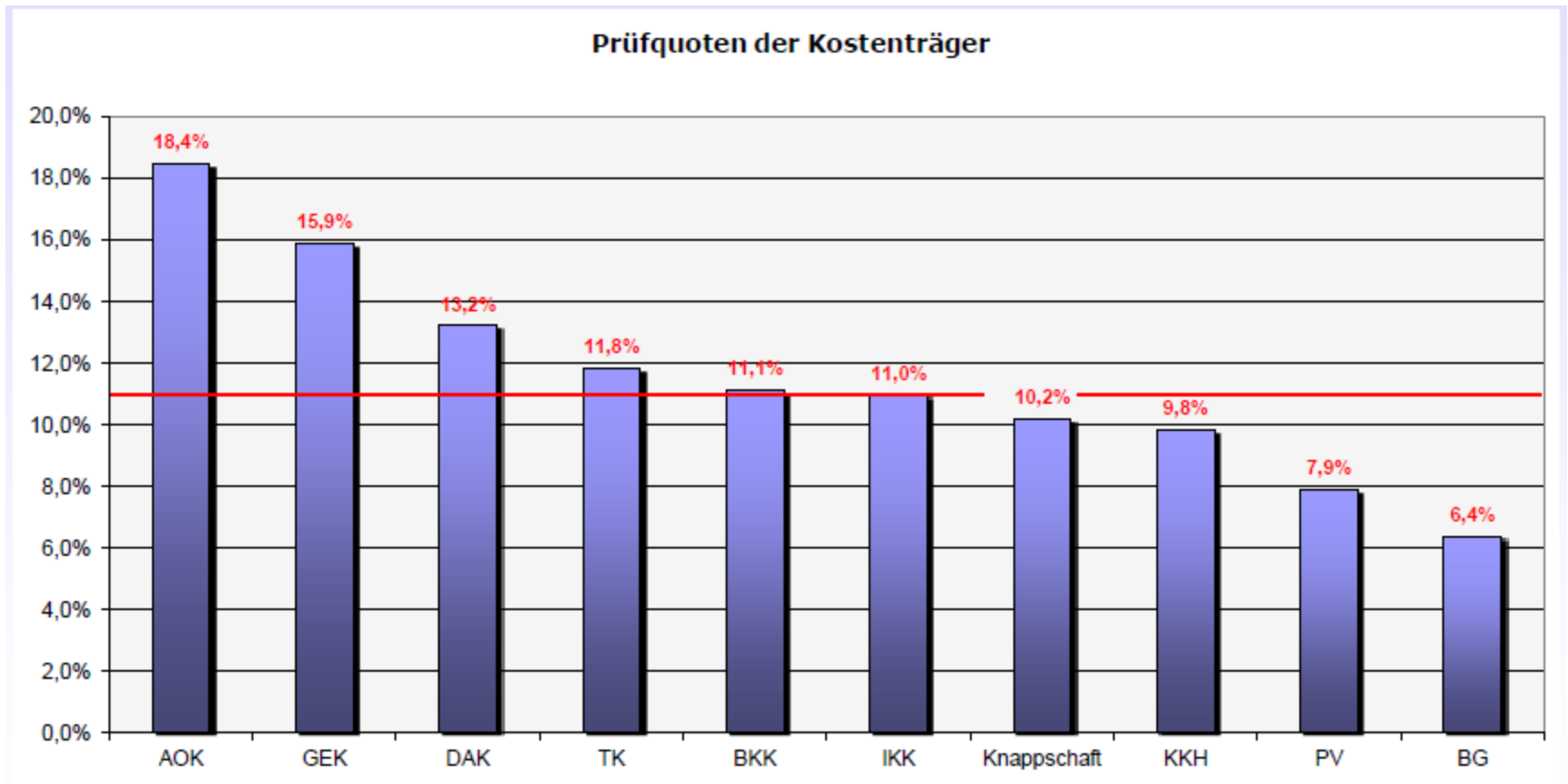
Ergebnis Frühjahrsumfrage 2011



Quelle: http://medinfoweb.de/apps/webeditor//files/MDK_Fruehjahrsumfrage_2011_DKG_Berlin_Thieme_Medinfoweb_20111011.pdf

222 Häuser aus 15 Bundesländern

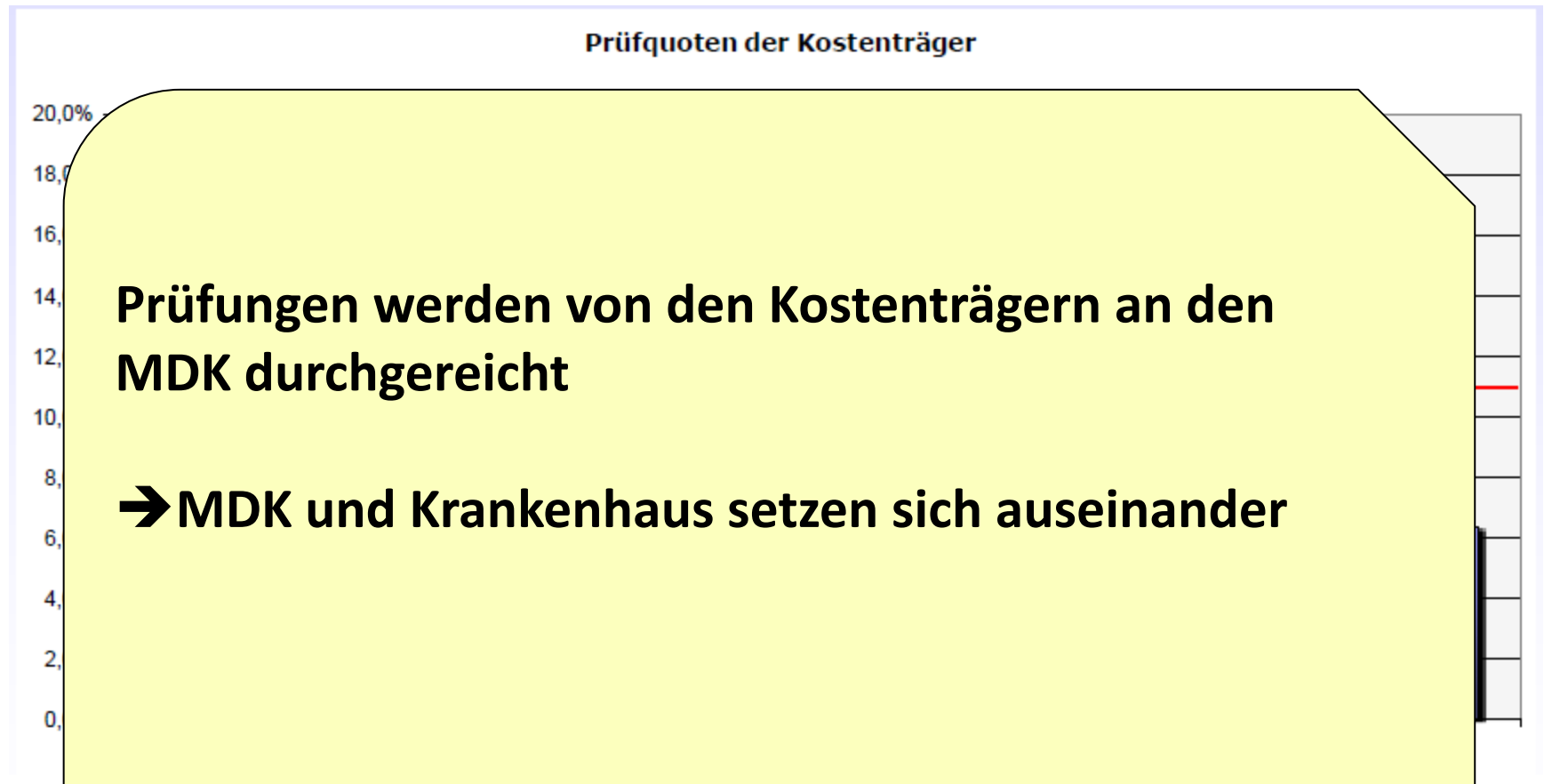
Frühjahrsumfrage 2011 – Prüfquote der Kostenträger



Quelle: http://medinfoweb.de/apps/webeditor//files/MDK_Fruehjahrsumfrage_2011_DKG_Berlin_Thieme_Medinfoweb_20111011.pdf

222 Häuser aus 15 Bundesländern

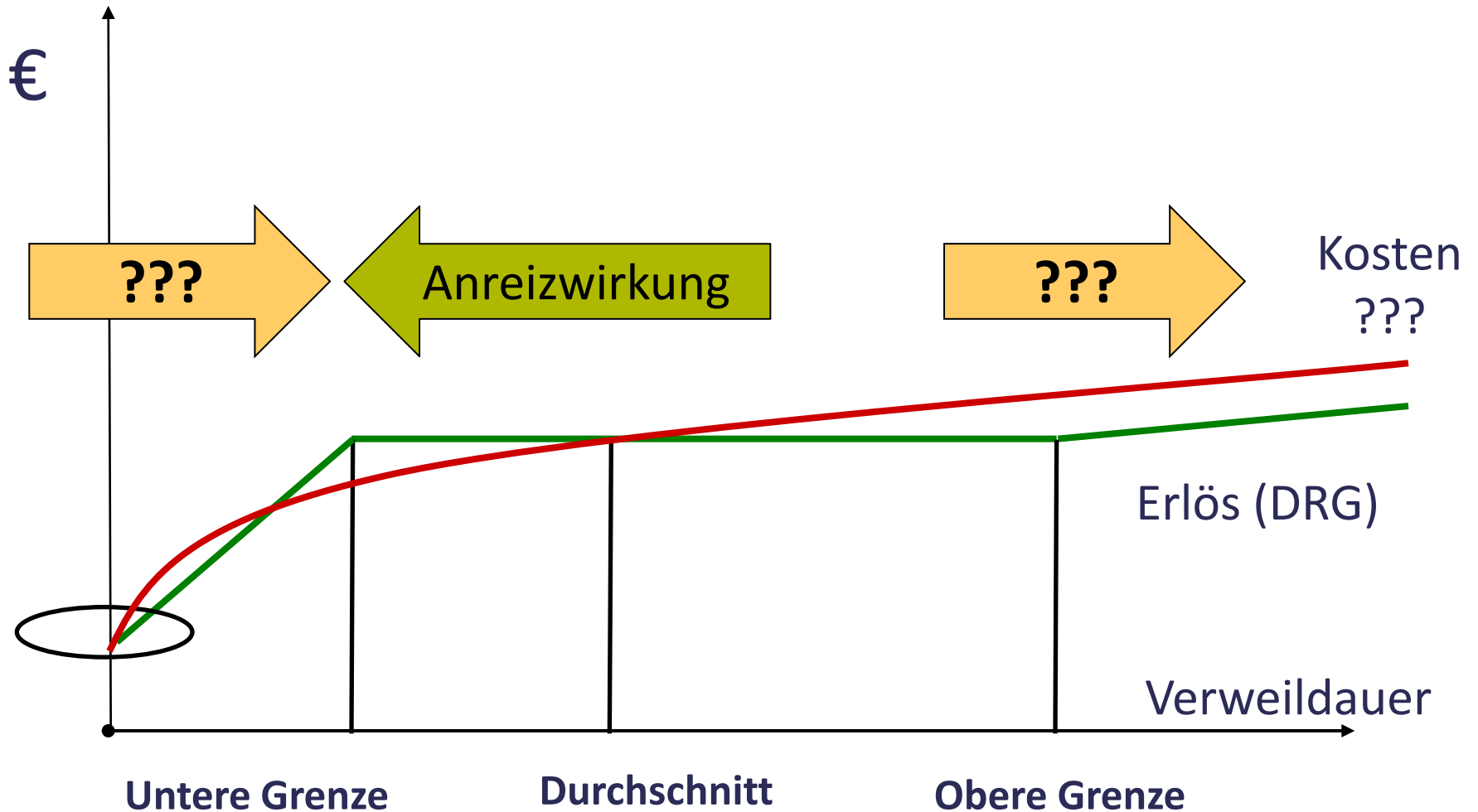
Frühjahrsumfrage 2011 – Prüfquote der Kostenträger



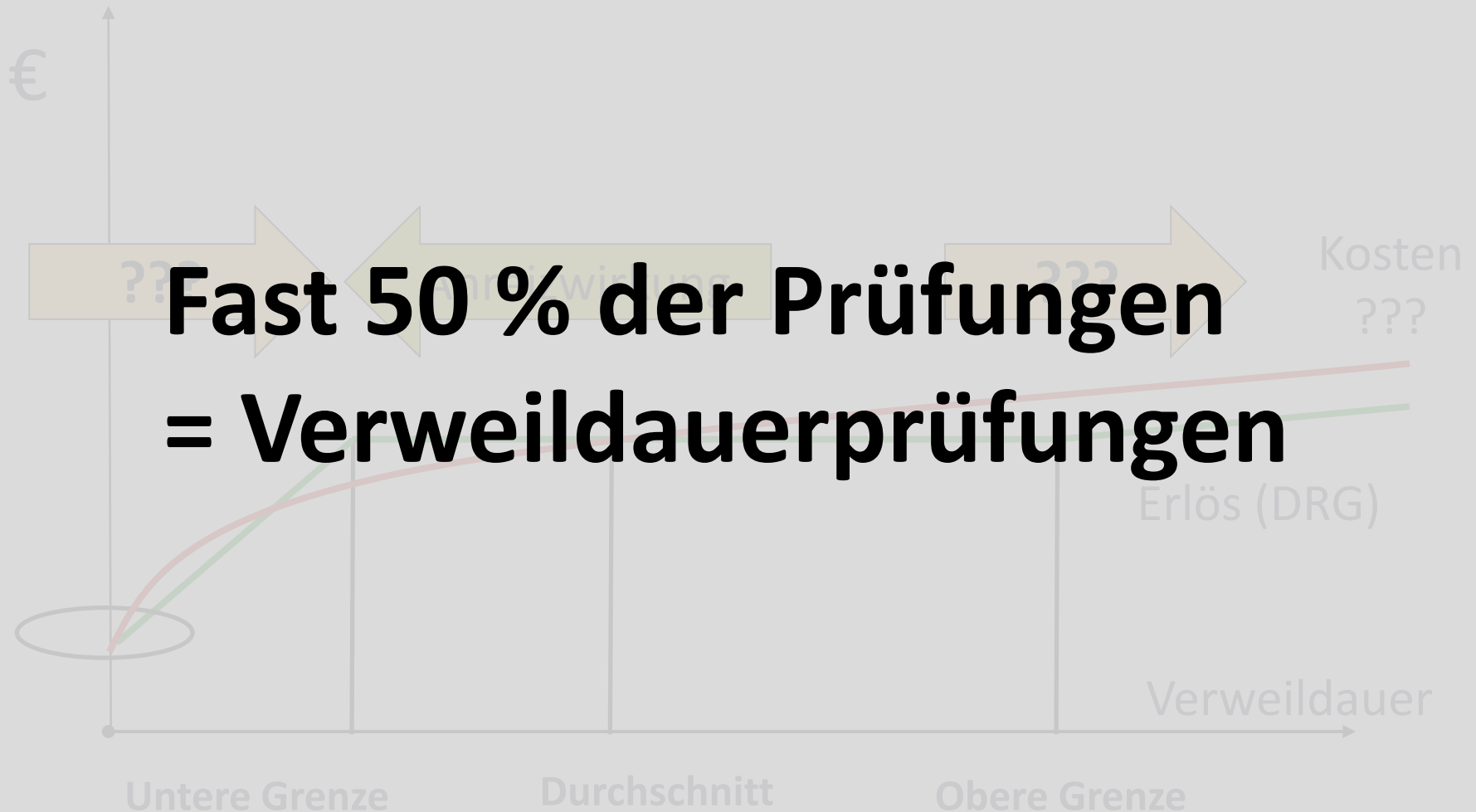
Quelle: http://medinfoweb.de/apps/webeditor//files/MDK_Fruehjahrsumfrage_2011_DKG_Berlin_Thieme_Medinfoweb_20111011.pdf

222 Häuser aus 15 Bundesländern

Ökonomische Anreize des G-DRG-Systems



Ökonomische Anreize des G-DRG-Systems



Aktuelle Situation I

- **Prüfquote und Konfliktpotenzial sind sehr hoch**
 - ➔ Die ökonomische Effizienz des Systems wird belastet
- **Gesetzgeber und die Justiz versuchen dem mittels „gleichlanger Spieße“ Herr zu werden**
 - ➔ kaum Effekt, da Konfliktpotenzial erhalten bleibt (erhöht wird)
- **Die in der öffentlichen Diskussion gelebte Kommunikation beschädigt die Arzt-Patientenbeziehung**
 - ➔ Die medizinische Effizienz des Systems wird belastet
- **Die Attraktivität des Arztberufes nimmt weiter ab**
 - ➔ Bürokratisierung, Verrechtlichung, Instrumentalisierung
 - ➔ Abnahme des Prestige
- ➔ Niemand möchte in einer „Deliktsförderlichen Tatgelegenheitsstruktur“ arbeiten. Warum ändert sich nichts?

Aktuelle Situation II

- Das Miteinander wird geprägt durch den **Wettbewerb der Kostenträger**, mit dem resultierenden Hamsterradeffekt.
- **Anreize des DRG-Systems**, insbesondere erhebliche Vergütungssprünge bei Kurz- und Normalliegern, **forcieren die Prüftaktivitäten** der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen.
- **Einzelne Krankenhäuser/Fachabteilungen** versuchen Erlöse durch Verweildauerverlängerung zu **optimieren**.
- **Versagen der Selbstverwaltungspartner** (Kodierrichtlinien) führen dazu, dass auch bei Kodierfragen unnötige Prüfverfahren und vor allem langwierige Widerspruchsverfahren initiiert werden.

Thesen

- **Finanzierungssysteme arbeiten effizienter über Anreize als über Strafen (und damit auch notwendige aufwändige Kontrollen)**
→ **MDK hat hierauf aber wenig Einfluss**
- Die Einführung der **Aufwandspauschale** hat wenig bewirkt,
→ Warum sollte eine Strafzahlung für KH die Prüfquote senken?
- **Hauptkonfliktpunkt** ist die **primäre und sekundäre Fehlbelegung**
→ In einem hochkomplexen Fallpauschalensystem eigentlich skurril
- Häufiger Prüfungsauslöser ist die Frage, ob die VWD die untere Grenzverweildauer hätte überschreiten müssen
 - Kategorien:
 - präinterventionelle Aufnahme (medizinisch, sozial, organisatorisch)
 - postinterventionelle Behandlung (medizinisch, sozial, organisatorisch)
 - Leistungsdichte (medizinisch, sozial, organisatorisch)
 - ökonomisch motiviert

Verbesserungspotenziale I

Bürokratisierung vermindern

2-stufiges Verfahren

1. Anforderung des für den Prüfauftrag minimalen Datenumfangs
2. Lässt sich die Prüfung nicht eindeutig auf dieser Basis abschließen, sollten weitere Unterlagen angefordert werden
 - Deutliche Reduktion der Widersprüche
 - Für alle Beteiligten deutliche Arbeitserleichterung
3. Vereinfachung der Kommunikationswege
 - z.B. elektronischer Austausch von Informationen unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben stärker ausnutzen
 - Förderung des direkten Kontakt zwischen Gutachter und z.B. Medizincontrolling bei unklaren Sachverhalten

Verbesserungspotenziale II

1. KH und MDK/Andere Prüfdienste müssen gültigen Rechtsrahmen konsequenter einhalten.
 - die Beachtung des Prüfauftrages
 - die gezielte/abgestufte Unterlagenanforderung unter Hinweis auf den Prüfgrund
 - Unterlagenanforderung auf gruppierungsrelevante/abrechnungsrelevante Kriterien reduzieren
(z.B. nicht Beatmungsprotokolle anfordern, wenn die Beatmungszeit ohne Abrechnungsrelevanz)
 - Einhaltung von Fristen
 - Zeitnahe Prüfung und aussagefähige Ergebnismitteilung
2. **Qualität der Begutachtung verbessern**
 - hohe Variabilität abhängig von einzelnen Prüfern in Bezug auf die Beurteilung gleicher Sachverhalte
 - Gleiches ist auch in den Krankenhäusern zu beobachten.
 - Verbindlichere Vorgaben im Sinne von z.B. Leitlinien wären hilfreich.

Verbesserungspotenziale III

- Strukturfragen sollten einmalig in den einzelnen Häusern vor Ort geklärt werden und nicht Inhalt von regelmäßigen MDK-Prüfungen sein. Eine Stichprobe in bestimmten Zeitabständen ist akzeptabel
- Möglicherweise könnten Inhouse-Prüfungen die Prüfdauer im Einzelfall reduzieren

Verbesserungspotenziale IV

Abstrakte Begutachtungen vermeiden

- „OPS im AOP-Katalog“
- „Es existieren EBM-Ziffern“,
- „Alle Einzelleistungen können ambulant erbracht werden“
- „die Behandlung hätte in der vom DRG-System dafür vorgesehenen Verweildauer erfolgen können“
- Feststellung eines Off-Label-Uses ohne weitere Begutachtung

Verbesserungspotenziale **V**

Widerspruchsgutachten und „Beweislastumkehr“

Problem „Beweislastumkehr“

- „... aus den vorliegenden Unterlagen [z.B. Entlassungsbrief] geht nicht hervor...“
- „... das Krankenhaus sollte begründen, warum...“
- Häufig reichen die angeforderten Unterlagen nicht zur Beantwortung der Fragestellung aus
- **Besser: Umsetzung des 2-stufigen Vorgehens zur Unterlagenanforderung**

Problem Widerspruchsgutachten

- Lediglich Textbaustein: „keine neuen medizinischen Erkenntnisse“

Zusammenfassung

- MDK ist der falsche Adressat für die wirksamsten Verbesserungsfragen
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kliniken & MDK nur begrenzt **die Last vermindern**
- **Systemänderungen notwendig** und wirklich zielführend
 - ➔ Reduktion auf Stichprobenprüfungen statt Einzelfallprüfungen
 - ➔ Fallprüfungen nur noch bei systematischen Auffälligkeiten einsetzen
- Steuerung durch Schaffung sinnvoller Anreize für Krankenhäuser in Bezug auf die untere Grenzverweildauer
- Klarstellung der Selbstverwaltung/InEK zu offenen Kodierfragen (derzeit durch den Zwang der Entscheidung im Konsens und das schwache Mandat des InEK blockiert).