

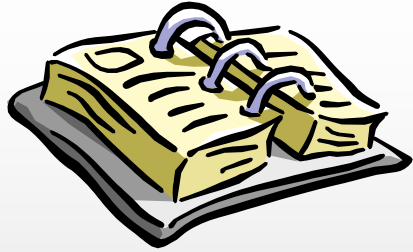
Sind wir ein Spielball des MDK?

Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus

Dr. Steffen Gramminger M.A.
s.gramminger@lvim-pfalz.de

Stv. Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.
Vorsitzender des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA)
Leiter Patientenmanagement – Landesverein für Inneren Mission in der Pfalz e.V.
Stv. Verwaltungsdirektor – Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim





Agenda

- **Prüfquote und allg. Prüfproblematiken**
- **Einheitliche Kodierqualität und die Kodierempfehlungen der SEG4 (MDK) und des FoKA (DGfM)**
- **Was uns schwer im Magen liegt oder was der richtige Kodierworkflow ist**
- **MDK-Berichtswesen (Vorbereitung und Dokumentation von MDK-Prüfungen)**

Prüfquote und allg. Prüfproblematiken



- ca. 10-15% der stationären Fälle werden durch den MDK geprüft
- unterschiedliche Vorgehensweise bei der Bearbeitung bzw. Umgang mit KK und den MDK
- große regionale Unterschiede (offene Kommunikation vs. Anonymität, postalische vs. Vorort-Prüfungen, etc.)

Prüfquote und allg. Prüfproblematiken



- Prüfung mittels Anforderung von Unterlagen
 - E-Brief ist meist nicht ausreichend, dennoch wird meist zunächst nur dieser angefordert
 - E-Brief ist keine Rechtfertigung der Kodierung
 - häufig Widerspruchsschreiben notwendig
 - hoher „Kopieraufwand“
 - langer „Prüfzeitraum“ (Bezahlung?)
 - Konsensfindung häufig schwierig

Prüfquote und allg. Prüfproblematiken



- Prüfung „im Hause“
 - hoher Zeitaufwand (Vorbereitung, Prüfung, Nachbereit.)
 - schneller Fallabschluss
 - gute Konsensfindung
 - Änderungen in höher bewerteten DRG`s nicht selten
 - hohe Lernkurve
 - „persönlicher Umgang“ mit dem MDK
 - kurzer Prüfzeitraum

Prüfquote und allg. Prüfproblematiken

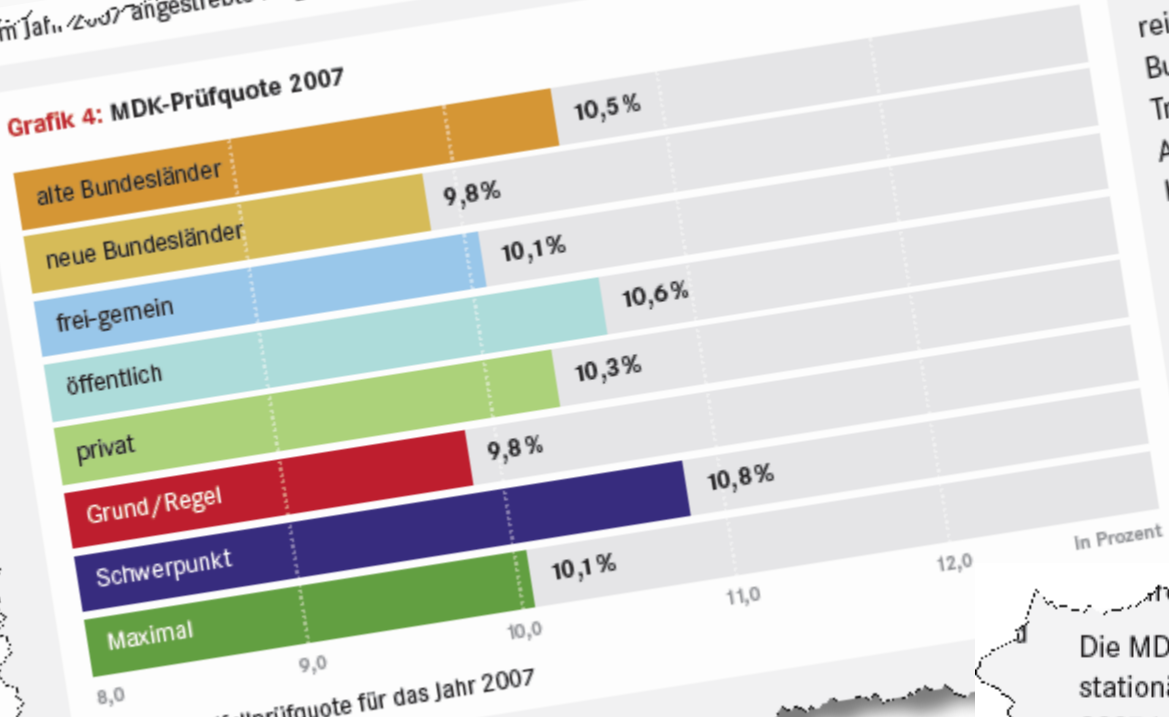


- Zunahme der Prüfung primärer Fehlbelegung
- Zunahme der Prüfung von Kurzliegern (uGVD)
- jede Überschreitung der oGVD wird geprüft
- Up-Koding (Unsicherheiten bzgl. einer korrekten und einheitlichen Kodierung)
- Frühjahrsumfrage 2008 medinfoweb...

Prüfquote

im Jaf. 2007 angestrebte Klageverfahren

Grafik 4: MDK-Prüfquote 2007



MDK-Einzelfallprüfquote für das Jahr 2007

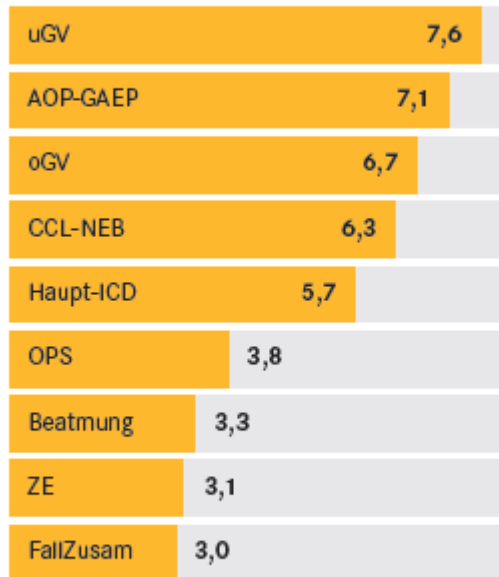
Aufwe
Euro
Im Erg
Zahlun
reibung
Bunde
Träger
Andere
Koster
Der m
Fall be
Die Kl
Einzeln
Euro, t
(Baser

Die MDK-Prüfquote für Einzelfallprüfungen stationär behandelter Patienten im Jahr 2007 beträgt im Mittel 10,3% (Min: 2,5% und Max: 24%).

Somit verzeichnen die Krankenhäuser im Jahr 2007 entgegen dem Trend der Herbstumfrage eine Abnahme der MDK-Prüfungen um 1,3% **➤ Grafik 4.**

Der mit deutlichem Abstand häufigste Prüfungsmodus bleibt, wie in der Herbstumfrage

Grafik 5: Prüfgründe (Rangliste)

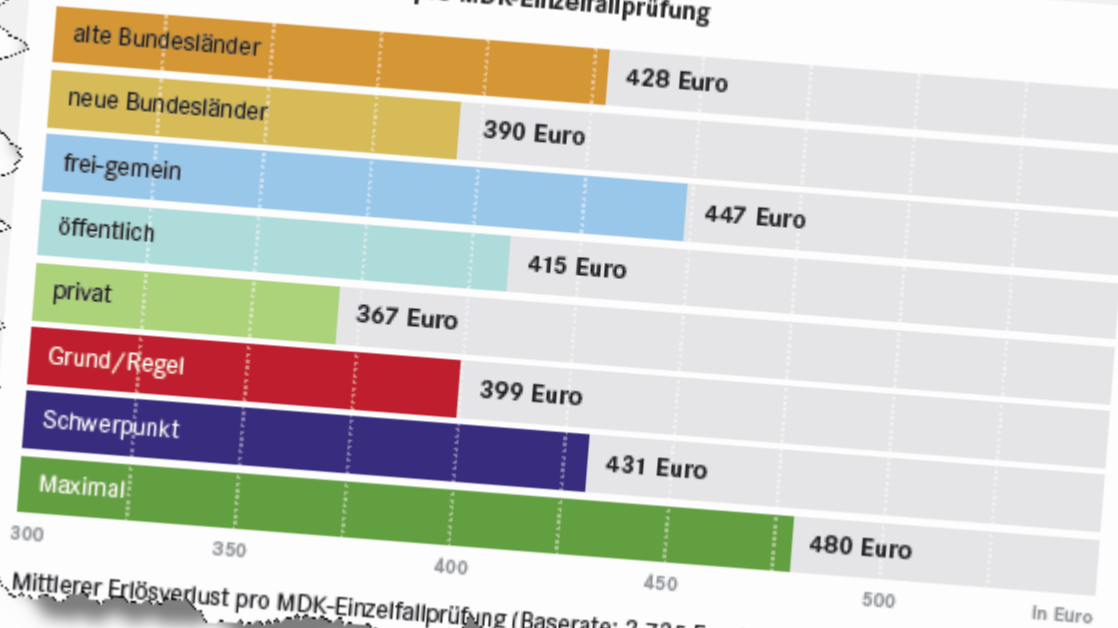


Rangliste der MDK-Prüfgründe 2007

Prüfgründe

Der mit deutlichem Abstand häufigste Prüfgrund bleibt, wie in der Herbstumfrage 2007, die sekundäre Fehlbelegung in Bezug auf die untere Grenzverweildauer, gefolgt von der stationären Behandlungsnotwendigkeit und der oberen Grenzverweildauer. Erst dann folgen die korrekte Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen, spezielle OPS, Anzahl von Beatmungstunden, Zusatzentgelte und Fallzusammenführungen → **Grafik 5.**

Grafik 8: Mittlerer Erlösverlust pro MDK-Einzelfallprüfung



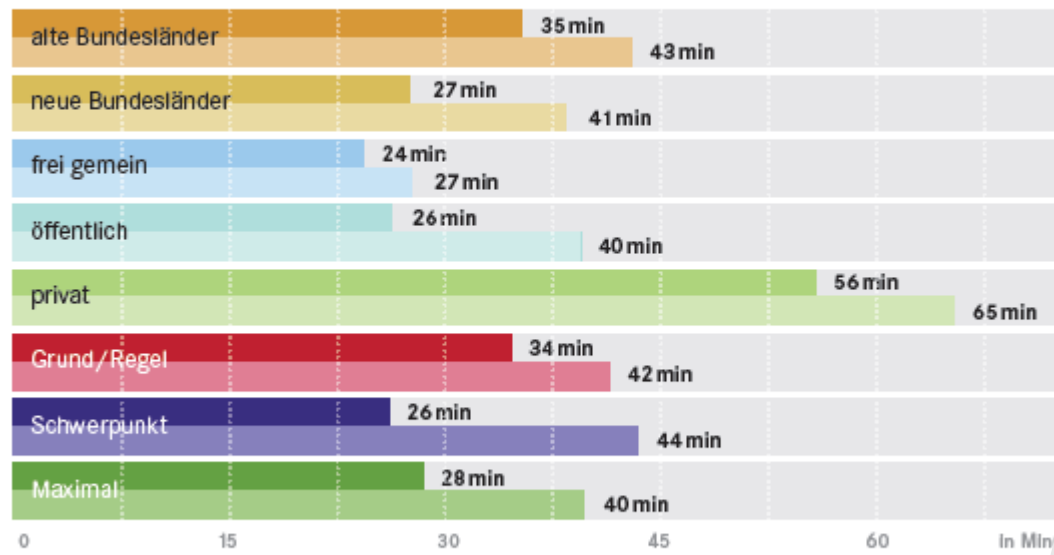
Erlösverlust

Kosten trägt Gro...

Der mittlere Casemixverlust pro geprüftem Fall beträgt 0,151 Bewertungsrelationen. Die Kliniken verlieren damit durch MDK-Einzelfallprüfungen durchschnittlich 413 Euro, bezogen auf alle geprüften Fälle (Baserate: 2.735 Euro).

Personalaufwand

Grafik 9: Ärztlicher und verwaltungstechnischer Personalaufwand



Mittlerer = ärztlicher und = verwaltungstechnischer Personalaufwand pro Einzelfallprüfung

Für die Bearbeitung der MDK-Fälle steigt in den Krankenhäusern der personelle Aufwand weiter an. Im Mittel fallen zusätzlich 32 ärztliche und 42 verwaltungstechnische Minuten Arbeitszeit für das MDK-Management an. Dabei investieren private Krankenträger offenbar mehr Aufwand in die Bearbeitung von Einzelfallprüfungen → **Grafik 9**.

Einheitliche Prüfqualität



- unzureichende Deutsche Kodierrichtlinien mit großen Interpretationsspielräume
- viele unterschiedliche Kommentierungen der DKR bzw. von Kodierproblematiken
- endlosen Diskussionen führen dabei zu mitunter fragwürdigen individuellen Ergebnissen
- gleiche Sachverhalte werden unterschiedlich kodiert und mit unterschiedlichem Ergebnis geprüft

KDE – SEG 4 (MDK)



- Sozialmedizinische Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft „Vergütung und Abrechnung“
- Erfahrungen der MDK-Ärzte werden in eine länderübergreifende Datenbank eingebracht und daraus Kodierempfehlungen erstellt und länderübergreifend konsentiert
- Ziele dieser KDE sind eine bundesweit einheitliche Kodierung, Schaffung von Transparenz bzgl. Begutachtungen sowie die Förderung einer größeren Verfahrenssicherheit
- Die KDE stellen keine rechtsverbindliche Vorgaben dar

KDE – FoKA (DGfM)



- Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling
- Bundesweit einheitliche Stellungnahme zu Kodier- und Abrechnungsproblemen
- Organisierte Struktur (Mitglieder, Regionalausschüsse, Steuergruppe)
- Zunächst Orientierung an den Kodierempfehlungen der SEG 4 im Sinne einer Bewertung und Kommentierung (Konsens, Konsens mit Kommentar, Dissens)
- Jetzt auch eigene KDE, Abrechnungsbeispiele, Standarddokumente

SEG 4 und FoKA

- Stand September 2008 -



- 180 Kodierempfehlungen der SEG 4 (lfd. Nr. 234)
 - davon 144 kommentierte Kodierempfehlungen der FoKA
 - Konsens: 80
 - Konsens mit Kommentar: 38
 - Dissens: 26
- } 56 (82%)
- 8 Kodierempfehlungen der FoKA
 - Zahlreiche Einzelantworten
 - Benutzerfreundliche Visualisierung auf der Homepage der DGfM (Wiki-Plattform)
 - Anfragemöglichkeit an die FoKA
 - Aus entsprechenden Anfragen werden KDE formuliert

Wo finde ich die KDE's

www.medizincontroller.de



Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

FoKA

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM) ist eine Vereinigung von Juristen, Wirtschaftsprüfern, Betriebswirten, Ärzten und Betriebsräten. Die Ziele und Aufgaben der DGfM sind der regelmäßige Informationsaustausch, die Fort- und Weiterbildung und die gemeinsame Erarbeitung von Problemlösungsstrategien im Medizincontrolling.

Die Webpräsenz der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. wird unterstützt durch:

- 3M
- SAP
- Siemens Medical Solutions that help
- K|M|S Wissensmanagement und Consulting im Gesundheitswesen
- ABOG Analyse Beratung Organisation im Gesundheitswesen
- ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen
- GeDoWin QS-Software
- Erfolgreiches Gesundheitsmanagement Springer
- SAATMANN Qualitätssicherung im Krankenhaus

Navigation: Home, Aufgaben und Ziele, Veranstaltungen, Satzung, Vorstand, Regionalverbände, FAQ, Informationen, Ansprechpartner, Mitglied werden, Kontakt, Projekte, FoKA, Links, Stellenmarkt, Disclaimer, Impressum, Login

DGfM News: Aktualisiertes Organisationshandbuch der DGfM, Neue Veröffentlichung von Dr. Boris Rapp, Aktualisiertes Organigramm der DGfM, Pressemitteilung zur konstituierenden Sitzung des Regionalverbandes Nordost der DGfM

Termine: 19.10.2007 DRG-System 2008 - Dieser Weg wird kein leichter sein..., 19.10.2007 Ordentliche Mitgliederversammlung 2007 der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., 26.10.2007 Veranstaltung des RV Süddeutschland der DGfM, 07.11.2007 PCSI International Working Conference

Was uns schwer im Magen liegt...



- ca. 30 Arzt-Minuten administrative Tätigkeit am Tag
- Ärztemangel am Arbeitsmarkt
- Mitarbeiterunzufriedenheit (Profession)
- Schulungsaufwand bei „lernendem System“ und hoher Fluktuation
- Suboptimale Dokumentations- und Kodierqualität
- Immer komplexer werdendes DRG-System
- Fehlende Steuermöglichkeit bei rein retrospektiver Kodierung (Verweildauer, Dokumentation)
- Langer Zeitraum von Entlassung bis Rechnungsstellung
- Falsche „Tatsachen“ bei der Kalkulation
- ca. 10% aller stationären Fälle werden vom MDK überprüft
- Frühjahrsumfrage Medinfoweb...

...der richtige Kodierworkflow



Das Ärzte-Modell

Das Profiler-Modell (1)

Ärzte-Abrechner-Modell

Das Profiler-Modell (2)

Ärzte-Medizincontroller-Modell

Das Profiler-Modell (3)

Ärzte-Medizincontroller-Abrechner-Modell

Das Koder-Modell

...der richtige Kodierworkflow



Das Ärzte-Modell

**Das Koder-Casemanagement-Modell
(Fallbegleiter-Modell)**

Das Profiler-Modell (3)

Ärzte-Medizincontroller-Abrechner-Modell

Das Koder-Modell

Fallbegleitende Kodierung durch MCA's

Das Koder-Casemanagement-Modell

Fallbegleiter-Modell

- Die Kodierung erfolgt durch eine in den Stationsablauf integrierte Kodierfachkraft schon während des stationären Aufenthaltes des Patienten
- dabei achtet die Kodierfachkraft auf Dokumentationslücken, auf Problematiken wie primäre und / oder sekundäre Fehlbelegung sowie auf Prozeduren innerhalb der Station und Konsiliarleistungen
- Die Kodierung erfolgt in Zusammenarbeit mit den Ärzten und Pflegemitarbeiter

Vorteile

- durch Fallkenntnis sind sowohl eine vollständige Dokumentation als auch Kodierung möglich
- differentialdiagnostische Betrachtung durch direkte Zusammenarbeit von MCA, Ärzte und Pflege möglich
- Fallsteuerung möglich (agieren statt reagieren)
- Effiziente Einbindung in das MDK-Management
- geringer Schulungsaufwand
- kurzer Kodierworkflow (Rechnungsstellung !!!)
- auch alle anderen Vorteile der verschiedenen Kodiermodellen sind hier vorhanden

Nachteile

- sehr hoher Personalaufwand (Kosten)
- Regelung einer klaren Zuständigkeit notwendig
- Integration, Abläufe und Kommunikation müssen klar geregelt sein
- Vertretungsregelungen müssen getroffen sein
- Ärzte ziehen sich aus der Verantwortung zurück
- Kodierung in wenigen Händen

Aufwand gerechtfertigt ???

Ergebnisse einer fallbegleitenden Kodierung durch MCA's



- Die Medizin wird von administrativen Tätigkeiten entlastet
- Rückgewinnung von Zeit für die Kernkompetenzen Medizin und Pflege
- Arbeitserleichterung für alle Berufsgruppen
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und der Motivation
- Steigerung der Dokumentations- und Kodierqualität
- Steigerung der Liquidität
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit (Kosten senken / Erlöse steigen)
- Verweildauersteuerung

MDK-Berichtswesen



- **Vorbereitung von MDK-Prüfungen**
- **Dokumentation von MDK-Prüfungen**
- **Beurteilung von Kodier- und Dokumentationsqualität**
- **Beurteilung des MDK-Risikos (Problemrate)**

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**

Viel Erfolg !!!

