

DRGs in der HNO-Heilkunde

5. Arbeitstreffen d. DRG-Kommission der DGHNOKHC, Mannheim, 29.11.2006

Grundlagen vpn Fehlbelegungsprüfung und MDK-Verfahren

Dr. med. Dominik Franz
Universitätsklinikum Münster
Stabsstelle Medizincontrolling
DRG-Research-Group



© DRG-Research-Group, UKM

Auskunftspflicht des Arztes gegenüber Kostenträgern des SGB

- Auskunftspflicht des Arztes (§100 SGB X)
 - Der Arzt (...) ist verpflichtet, dem Kostenträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit
 - es für die Durchführung der Aufgaben des Kostenträgers nach dem Gesetzbuch erforderlich ist
 - es gesetzlich zugelassen ist oder
 - der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat
 - Auskunft beschränkt sich auf die Gesundheit/Krankheit des Patienten und deren Bewertung
 - Auskunftsbegehren muss sich auf den Einzelfall und den konkreten Sachverhalt beschränken
 - Kostenträger muss konkrete Fragen stellen
- Die Auskunftspflicht gilt auch bei Widerspruch des Versicherten (BSG v. 22.6.1993, 6 Rka 10/84)
- Wird die Auskunft durch den Arzt verweigert, kann der Arzt vor dem zuständigen Sozialgericht vernommen werden

© DRG-Research-Group, UKM

Anfragen von Trägern der Unfallversicherung

- Arzt ist gesetzlich zur Auskunftserteilung gegenüber den Berufsgenossenschaften verpflichtet
 - maßgebliche Patientendaten der Unfallheilbehandlung
 - weitere Angaben sind an die Berufsgenossenschaften weiterzugeben, sofern dies für die Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist
- Der Arzt muss den Versicherten über seine gesetzliche Auskunftspflicht informieren
- Die Verweigerung der Auskunftspflicht gegenüber dem Unfallversicherungsträger stellt eine Ordnungswidrigkeit dar und kann bei Fahrlässigkeit oder Vorsatz mit einer Geldbuße belegt werden

© DRG-Research-Group, UKM

Rechte der Krankenkassen

- Die Krankenkasse selbst hat nicht die Befugnis zur Anforderung von Entlassungsberichten, Arztbriefen, Befundberichten etc.
- Sie sind insoweit auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen (BSG vom 23.07.2002, Az.: B 3 KR 64/01 R)
- lt. BSG ist eine Vorschrift, die eine Übermittlung von Behandlungsdaten an die Krankenkasse vorschreibt, nicht ersichtlich
- Keinesfalls kann aus der allgemeinen Mitwirkungspflicht des Antragstellers von Sozialleistungen nach § 60 SGB I eine "stillschweigende Einwilligung" nach Gutdünken des Kostenträgers hergeleitet werden

© DRG-Research-Group, UKM

Aufgaben des MDK gem. §275ff SGB V (Einzelfallprüfung)

- Die Krankenkassen sind in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, **verpflichtet**, ein MDK-Gutachten einzuholen:
 - bei Erbringung von Leistungen – insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung
 - (...) bei Leistungen in Zusammenarbeit mit Reha-Trägern (...)
 - bei Arbeitsunfähigkeit (...)
- Ist ein MDK-GA veranlasst, ist der Arzt verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist
- „soweit erforderlich“ setzt eine konkrete Fragestellung des MDK-Gutachters voraus

© DRG-Research-Group, UKM

Aufgaben des MDK gem. §17c KHG (Stichprobenprüfung)

- Der Krankenhausträger wirkt
 - durch geeignete Maßnahmen einer primären und sekundären Fehlbelegung entgegen
 - unterläßt eine vorzeitige Entlassung / Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen
 - und rechnet ordnungsgemäß ab
- Die Krankenkassen gemeinsam können durch Einschaltung des MDK die Einhaltung der genannten Punkte durch Stichproben prüfen
- Details regeln die gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren gem. §17c KHG zwischen DKG und Spitzenverbänden der Krankenversicherungen

© DRG-Research-Group, UKM

Zielpunkte von Überprüfungen (I)

- Primäre Fehlbelegung
 - Stationäre Aufnahme erforderlich (G-AEP)?
 - Ambulantes Operieren
- Überwachung der Grenzverweildauern (sekundäre Fehlbelegung)
 - Überschreiten der unteren Grenzverweildauer oder 1-Belegungstag-Grenze bei Basis-DRGs mit Tagesfallsplitt
 - Präoperative Verweildauer (Umwandlung in prästationäre Behandlung)
 - Überschreiten der oberen Grenzverweildauer notwendig
 - Frührehabilitation oder Rehabilitation
 - Verlegung in Tagesklinik möglich
 - Überschreiten der mittleren Verweildauer notwendig bei Verlegungen

Dokumentation muss MDK sicher sein (Patientenakte)!

© Research-Group, UKM

Zielpunkte von Überprüfungen (II)

- Kodierung bei Wiederaufnahmen
- Kodierung von gruppierungsrelevanten Nebendiagnosen (PCCL!)
- Richtige Wahl der Hauptdiagnose (z. B. NB unbekanntes Verhalten)
- OPS-Kodierung

Dokumentation muss MDK sicher sein (Patientenakte)!

© Research-Group, UKM

MDK-Fallprüfungen

- Erstes MDK-Gutachten bei Einzelfallprüfungen beruht meist nur auf dem Entlassungsbericht (häufig einziger Dokument, das an den MDK geschickt wird)
 - ➔ Abrechnung, Brief und Akte müssen übereinstimmen
- E-Bericht wird für den weiterbehandelnden Arzt und nicht für den MDK geschrieben
- Zur Vermeidung eines Widerspruch-Ping-Pong zwischen Krankenhaus und MDK ist jedoch die Berücksichtigung MDK-relevanter Informationen über den Patienten oder den Behandlungsverlauf im E-Brief zu erwägen
- Bei negativem Gutachten allein aufgrund des E-Briefes sind weitere Unterlagen zu berücksichtigen

© DRG-Research-Group, UKM

Wer trägt die Verantwortung für die Kodierung?

- **DKR D001a:** „Die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes.“
Der behandelnde Arzt ist verantwortlich für Diskrepanzen zwischen Untersuchungsbefunden, klinischer und DRG-Dokumentation!
- Festlegung der Kodierung in Grauzonenbereichen sollte, wenn nicht schon von der Fachgesellschaft (z.B. im **Kodierleitfaden**) definiert, hausintern erfolgen!
- Reine Übertragungsarbeit kann delegiert werden

- Patientenakte ist zentrales Dokument!
- Vergleichbare Fälle sollten gleich kodiert werden!
- Dokumentation sollte nicht den Unerfahrensten überlassen werden!

© DRG-Research-Group, UKM

„Den Ärzten sollte bewusst werden, dass sie sich um so
mehr Aufwand ersparen, je klarer und eindeutiger ihre
Dokumentation ist, insbesondere der abgefasste Arztbrief“

Rapp, B (2005) Dürfen die Krankenkassen und der MDK eigentlich alles? Arzt und Krankenhaus
7:198-200

© DRG-Research-Group, UKM

Zukünftige Entwicklungen

- ... von einzelnen Krankenkassen wird die Prüfungsmöglichkeit nach §275 SGB V in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt (lt. Begründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Hinweise auf Prüfquoten im Rahmen der Einzelfallprüfung in Höhe von 45% der Krankenhausfälle
- Einführung einer Aufwandsentschädigung **geplant**: Falls eine MDK-Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat die auftraggebende Krankenkasse dem Krankenhaus 100 € zu überweisen
- Prüfungen sind spätestens 6 Wochen nach Rechnungseingang einzuleiten und durch dem MDK dem Krankenhaus anzuzeigen.

© DRG-Research-Group, UKM

DRGs in der HNO-Heilkunde

5. Arbeitstreffen d. DRG-Kommission der DGHNOKHC, Mannheim, 29.11.2006

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. Dominik Franz
Universitätsklinikum Münster
Stabsstelle Medizincontrolling
DRG-Research-Group



© DRG-Research-Group, UKM