



Thema:	Workshop MDK – Stationäre Versorgung	Protokolldatum:	04.07.2005
Von:	Garbe	Termin:	23.06.2005
Ort:	Pflegezentrum p&w Heimfeld, Haus W, Café	Zeit:	18.30 – 20.30 Uhr
Teilnehmer:	Maija Garbe (MGA), Gyde Jungjohann (GJU), Beate Kassner (BKA), Gabi Kruse (GKR), Barbara Mollenhauer (BMO), Anna Niemeyer (NIE), Achim Rogge (ARO), Klaus Steller (KST), Hans Heiner Stöver-Ramien (HHS), Heiner Westphely (HWE) Abwesend: Sascha Linzer (SLI), Regina Möllenberg (RMÖ), Jens Prager (JPR), Tanja Tietjens (TTI), Hendrik van den Bussche (vdB)		
Gäste	Dr. med. Gerhart Voltz (GVO), Leiter der Abteilung stationäre Versorgung beim MDK Hamburg		

Themen	Ergebnisse / Maßnahmen
Vorstellung aller Anwesenden	
Begrüßung	Nach der Begrüßung stellen sich die anwesenden Projektgruppenmitglieder und GVO vor.
Vorstellung SEAMAN	Da GVO Inhalte und Ziele des Projekts SEAMAN bereits aus den vorab zugeschickten Informationen bekannt sind, wird auf eine Vorstellung des Projekts weitgehend verzichtet.
Vorstellung MDK	<p>Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die gesetzliche Grundlage der Arbeit bilden die Sozialgesetzbücher, insbesondere das SGB V und XI. Der MDK arbeitet per Gesetz unabhängig. Es ist dem MDK nicht gestattet, in ärztliche Behandlungen einzugreifen. Die Entscheidung über eine Leistung liegt bei den Kranken- und Pflegekassen. Die Finanzierung des MDK erfolgt durch eine Umlage, die von den Trägern des MDK (gesetzliche Kranken- und Pflegekassen, d.h. deren Mitgliedern) aufgebracht wird.</p> <p>Der MDK wird von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) eingeschaltet. Die GKV sind hierzu in bestimmten Fällen per Gesetz verpflichtet. Sie unterscheiden sich z.T. erheblich im Umfang, in dem sie den MDK beauftragen. Ihr Zugang zum MDK ist nicht limitiert. Um das Arbeitsaufkommen zu reduzieren führt der MDK Schulungen für die Sachbearbeiter der GKV durch, um ihnen ein Know-how an die Hand zu geben, strittige von unstrittigen Fällen zu unterscheiden. Da es jährlich eine Fülle von Änderungen gibt, ist der Schulungsbedarf bei den Sachbearbeitern sehr groß. Es gibt große Unterschiede bzgl. der Qualifikation der Sachbearbeiter. Zum Teil werden die Fälle auch vor Ort bei den GKV durch den MDK vorsortiert.</p> <p>Der MDK Hamburg begutachtet 40.000 Krankenhaus-Fälle pro Jahre. Dies entspricht 10% der Krankenhaus-Fälle Hamburgs. Die Prüfungen sind ungleichmäßig auf die verschiedenen Häuser verteilt, je nachdem, ob ein Haus in der Vergangenheit häufig Anlass zur Beanstandung geboten hat oder nicht.</p>
Begutachtung im Bereich stationäre Versorgung	<p>Im Bereich der Begutachtung der stationären Versorgung spielen insbesondere zwei Fragestellungen eine Rolle</p> <ul style="list-style-type: none"> — Primäre Fehlbelegung: War ein stationärer Aufenthalts überhaupt notwendig? — Sekundäre Fehlbelegung: War die Dauer der Liegezeit angemessen? <p>Im System der Fallpauschalen sind mit der Grenzverweildauer sowohl eine obere Grenze als auch eine untere Grenze der Verweildauer festgelegt</p> <p>Ist eine Überschreitung der Grenzverweildauer aus medizinischer Sicht indiziert, erhält das KH mehr Geld von der GKV als es die Pauschale vorsieht; wird der Patient schneller entlassen, als es die untere Grenze vorgibt, wird von der Fallpauschale etwas abgezogen</p> <p>Darüber hinaus gehört zu den Aufgaben des MDK die Überprüfung der Abrechnungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Richtigkeit der Codierungen ▪ Berechtigung der Codierungen ▪ Berechtigung der Prozeduren <p>Der MDK sieht 10% aller Abrechnungen, davon sind 40% fehlerhaft. Zum Teil auch zu Ungunsten des Krankenhauses. Der MDK korrigiert selbstverständlich in beide Richtungen.</p>



Themen	Ergebnisse / Maßnahmen
Praxis der Begutachtung	<p>Der MDK begutachtet Patienten, die sich in stationärer Versorgung befinden oder befanden. Die Wege, bis der MDK einen Begutachtungsauftrag erhält, sind z.T. sehr lang (Nachricht von Krankenhaus (KH) an KK, Nachricht von KK an MDK), so dass in der überwiegenden Zahl der Fälle im Nachhinein auf Aktengrundlage begutachtet wird. Anfragen des MDK kommen mit einer Latenz von einem halben Jahr. Bei der Begutachtung versetzt sich der Gutachter in die Lage des (aufnehmenden) Arztes. Die diesem zum entsprechenden Zeitpunkt vorliegenden Informationen sind entscheidend und bilden die Grundlage, um seine daraus resultierende Sicht und Entscheidung zu begutachten.</p> <p>Ablauf:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der MDK erhält den Gutachtenauftrag (per Post oder Fax) zusammen mit den Patientendaten nach § 276 SGB V. Die Aufträge werden stufenweise mit unterschiedlicher Begutachtungstiefe bearbeitet: <ol style="list-style-type: none"> a) Anhand der Daten nach § 276 SGB V b) wenn diese unvollständig, widersprüchlich: wendet sich der MDK an KH mit der Bitte um Arztbrief c) wenn dieser nicht ausreicht: Bitte um die ganze Akte. Bei der Begutachtung der Verweildauer kommt z.B. dem Pflegebericht eine große Bedeutung zu. 2. In 10% der Fälle lehnt der MDK das Vorgehen des Krankenhauses ab. 3. Der zuständige leitende Arzt schreibt eine klinische Begründung des Vorgehens des KH 4. <ol style="list-style-type: none"> a) Der MDK zieht seine Stellungnahme zurück b) Der MDK bleibt bei seiner Einschätzung 5. u.U. wird der Sachverhalt vor dem Sozialgericht verhandelt
Fragen und Diskussion	
Begutachtung im Nachhinein	<p>Die Begutachtung im Nachhinein und teilweise mit erheblicher zeitlicher Verzögerung birgt die Gefahr, dass Informationen über Vorgänge bei lückenhafter Dokumentation zunehmend unvollständig zu rekonstruieren sind. Eine grundsätzliche Begutachtung im Vorherein wäre allerdings unwirtschaftlich, da nur 10% aller Fälle zu einer Einschaltung des MDK führen. Eine gezielte Begutachtung während des stationären Aufenthaltes ist aufgrund der langen Informationswege (s.o.) und einer häufig sehr kurzen Verweildauer (durchschnittlich 7 Tage, einige Stationen 2 Tage) kaum zu leisten.</p>
Arztbrief	<p>DRG-relevante Nebendiagnosen müssen in den Arztbrief, damit der MDK/die KK die Zulässigkeit der Codierung und entsprechender Prozeduren prüfen kann. Alles, was im Arztbrief keine Erwähnung findet, wird vom MDK aus der Abrechnung gestrichen. Es wird die zu bewältigende Inkompatibilität beim Erstellen der Arztbriefe diskutiert: auf der einen Seite die Forderung der Einweiser nach einem kurzen prägnanten Arztbrief mit den relevanten Informationen für die weitere Behandlung, auf der anderen Seite die Anforderung der Kassen/MDK nach einem umfassend aussagekräftigen Arztbrief in Bezug auf alle abrechnungsrelevanten Aspekte. In den aktuellen Konzepten des KH Mariahilf und des AK Harburg ist dieser erforderliche Spagat berücksichtigt.</p>
Fehleinweisungen/-aufnahmen	<p>Aus den Zahlen des MDK ergibt sich eine Quote von 15-20% Fehleinweisungen/-aufnahmen. Laut Gesetz muss das Krankenhaus vor Aufnahme prüfen, ob alle anderen Möglichkeiten der Versorgung unzureichend wären, bevor es einen Patienten aufnimmt. Der einweisende Arzt findet in den Richtlinien der KV zur Krankenhauseinweisung genaue Angaben, unter welchen Umständen er einweisen darf. Es wird problematisiert, dass der einweisende Arzt, keine Rückmeldung über und Sanktion für Fehleinweisungen erhält. Für den Einweiser werden somit eigene Fehler nicht transparent und können nicht abgestellt werden.</p>



Themen	Ergebnisse / Maßnahmen
Ergebnis	
<p>Pilotprojekt: Elektronischer Datenaustausch zwischen dem MDK und den Krankenhäuser AK Harburg und KH Mariahilf</p>	<p>Es wird der Vorschlag diskutiert, die Kommunikation zwischen MDK und KH soweit wie möglich elektronisch zu bestreiten. Die Anfragen des MDK könnten per E-Mail an die Häuser gehen, sowie die Antworten ebenfalls elektronisch zurück an den MDK. Je nach Begutachtungstiefe könnten die gewünschten Dokumente angehängt werden.</p> <p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entlastung der Schreibkräfte, da weniger Zeit für das Schreiben und Öffnen der Korrespondenz sowie für das Fotokopieren notwendig ▪ Reduktion der Bearbeitungszeit: Anfragen des MDK könnten sehr viel zügiger beantwortet werden ▪ Möglichkeit der Transparenzsteigerung durch nachrichtlichen Einbezug des Einweisers (s.o.) ▪ Ergebnisse der Begutachtung und entsprechende Fehlerquellen könnten anonymisiert im Rahmen von Qualitätszirkeln diskutiert und abgestellt werden <p>GVO erklärt Bereitschaft und Interesse an einem entsprechenden Pilotprojekt.</p>
<p>Weiteres Vorgehen</p>	<p>NIE und vdB werden Kontakt mit dem Geschäftsführer des MDK, Herrn Sträter, aufnehmen.</p> <p>Vorgesehen ist ein gemeinsames Treffen mit Herrn Sträter, Herrn Dr. Voltz, Herrn Dr. Rogge, Frau Dr. Jungjohann, Herrn Prof. Dr. van den Bussche im Frühherbst 2005.</p>