

MDK Prüfungen – immer mehr Kontrolle?

Veränderte Prüfroutinen, veränderte Realitäten?

Ein Praxisbericht aus vier Jahren Optionsphase

Ramon Krüger, LL.M.
LVR-Klinikum Düsseldorf
Leiter Medizincontrolling
NFEP Berlin, 15. Oktober 2018

Gliederung

- 1) **Entwicklung und Status Quo**
- 2) **Prüf Schwerpunkte und deren praktische Auswirkungen
(Beispiele)**
- 3) **Problematische Auswirkungen auf die Behandlungsrealitäten?**
- 4) **Handlungsempfehlungen**

LVR-Klinikum Düsseldorf

- 607 Betten, 132 tagesklinische Plätze
- Abteilungen: Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeitserk., Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsych., Psychosomatik, Neurologie, Forensik, Med. Reha
- Optionshaus seit 09/2014
- Kalkulationshaus seit 2015

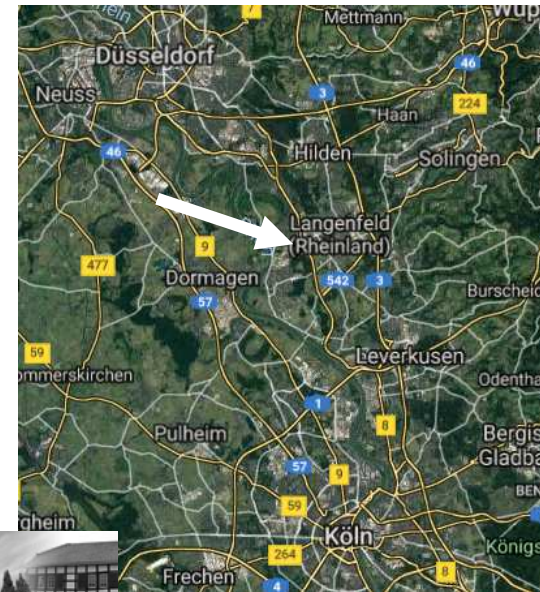


www.klinikum-duesseldorf.lvr.de

LVR-Klinik Langenfeld

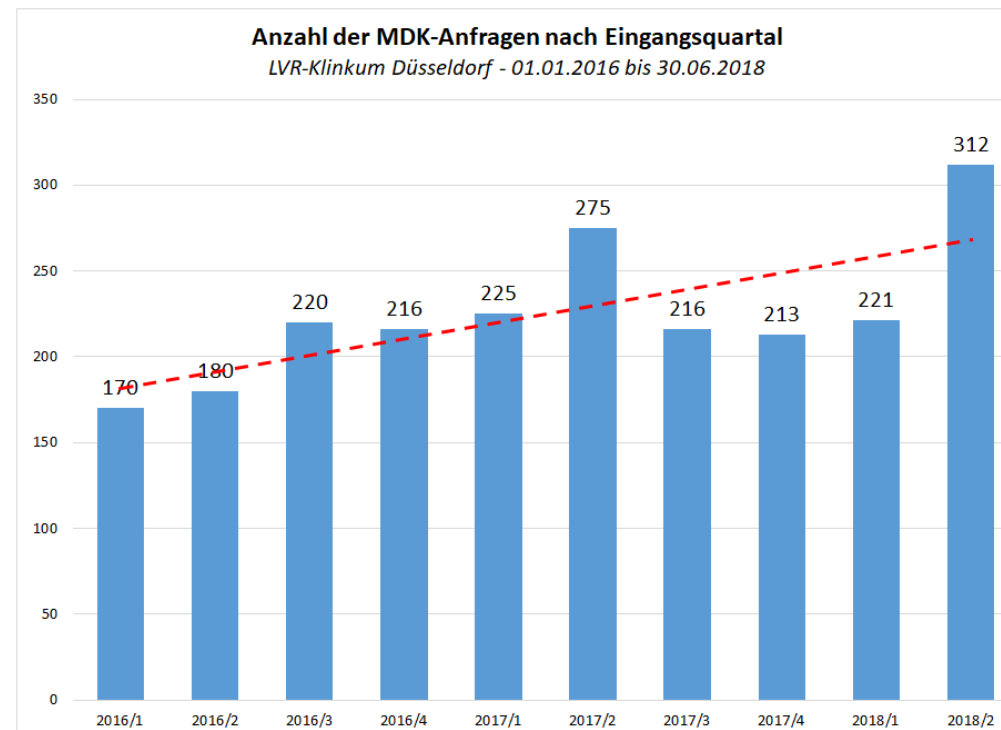
663 Betten, davon 463 KHG,
Allgemeinpsychiatrie (3Abt.)/Abt. für
Abhängigkeitserk./ Gerontopsychiatrie/
Forensik / Med. Reha

Medizincontrolling seit 2009
Optionshaus seit 11/2014
Kalkulationshaus seit 2015

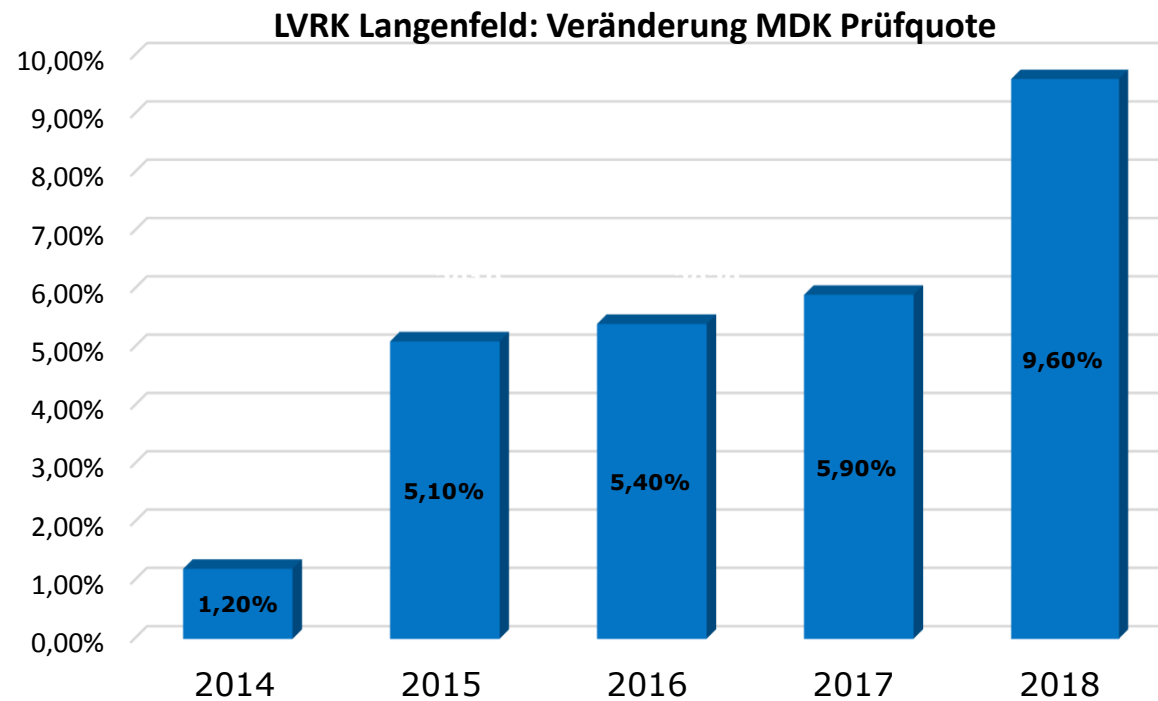


www.klinik-langenfeld.lvr.de

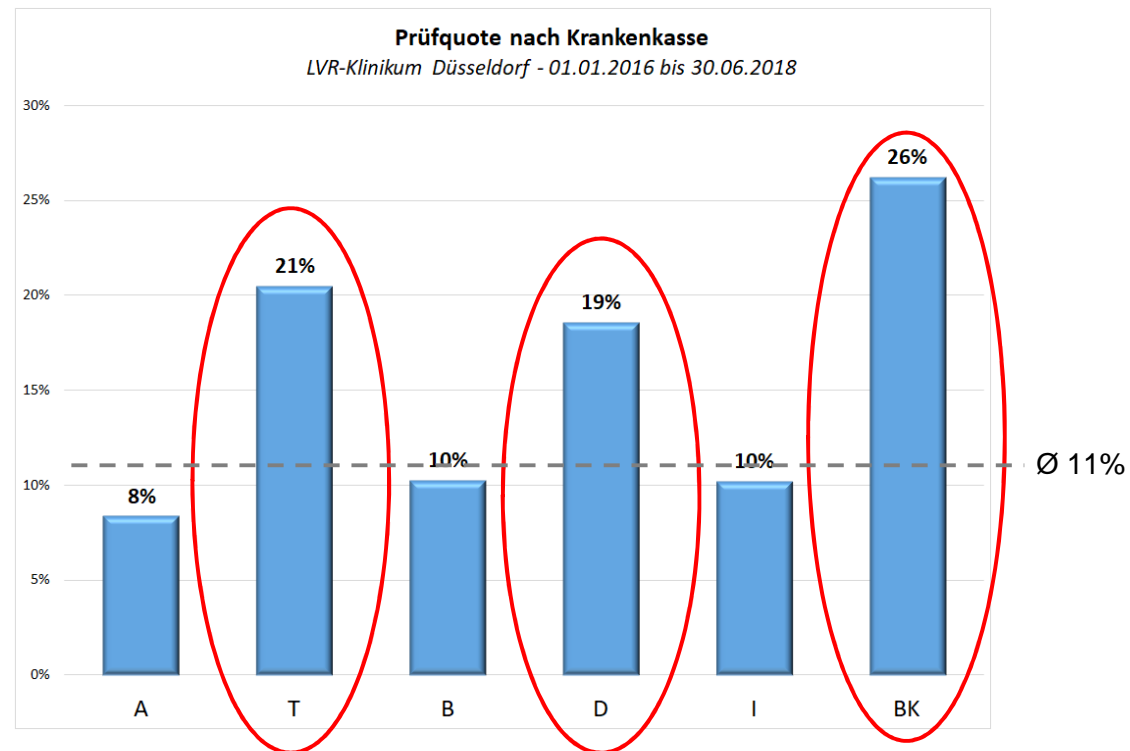
1 Entwicklung und Status Quo



1 Entwicklung und Status Quo



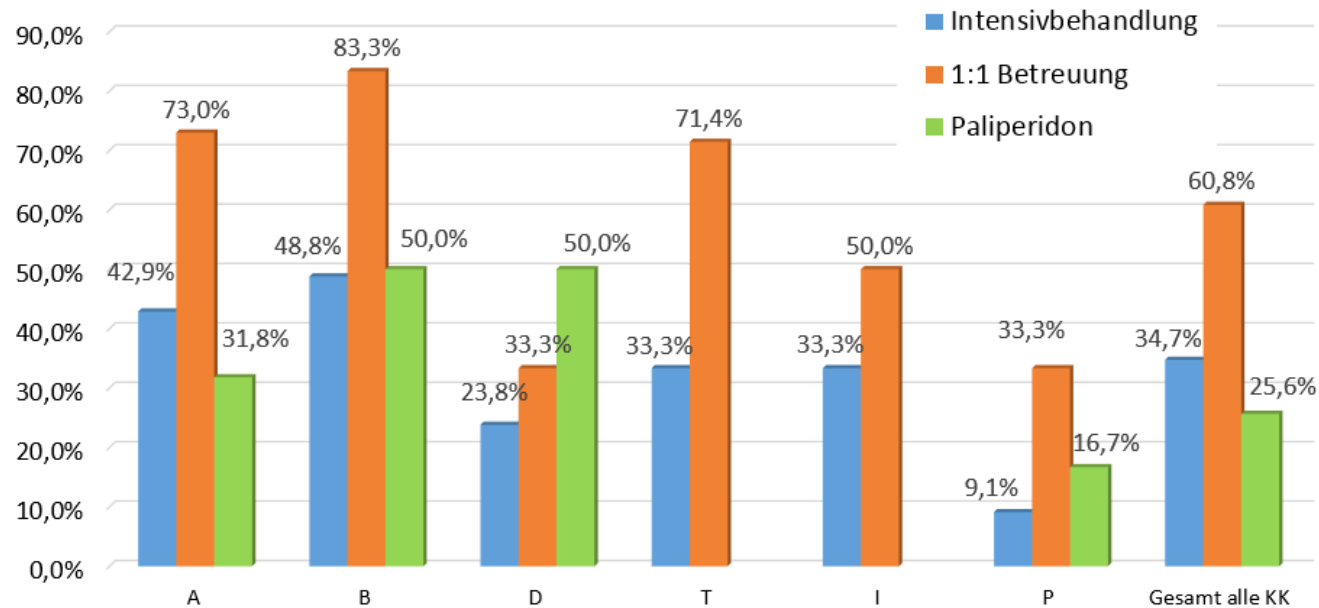
1 Entwicklung und Status Quo



1 Entwicklung und Status Quo

MDK Prüfquote nach Kostenträgern 2018

- Ergänzende Tagesentgelte / Zusatzentgelte -



2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

1:1-Betreuung

(Screenshot: MDK-Gutachten: Indikation akzeptiert, aber kein Nachweis von Frequenz)

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

1:1-Betreuung

Konsequenzen aus der Prüfpraxis:

- Erweiterung der Mindestvoraussetzungen ohne Grundlage im OPS-Katalog
- Keine höchstrichterliche Klärung, aber inzwischen „allgemein anerkannt“
- Enormer Dokumentationsaufwand durch minutengenaue Protokollierung jeglicher 1:1-Betreuungsmaßnahmen
- Fraglicher Vorwurf: KH würden Maßnahme trotz zwingender Indikation (akute Eigen- oder Fremdgefährdung) nicht durchführen

 **Hoher Misstrauensaufwand durch Erweiterung der OPS-Mindestvoraussetzungen**

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Intensivbehandlung

Abbildung unterschiedlicher Realitäten?

ca. 25 %

BT in A2/S2/G2

*PsychPV-Stichtage
bundesweit*

> 10 %

BT mit ≥ 3
Intensivmerkmale

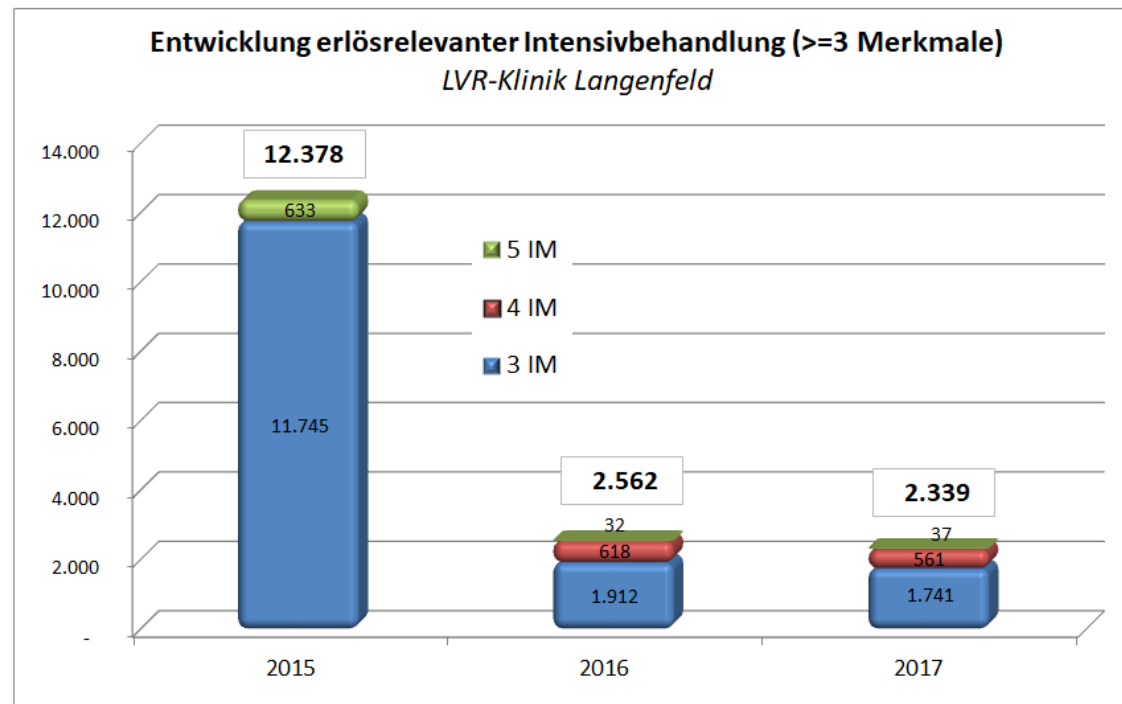
*Nicht-
Optionshäuser*

< 4 %

BT mit ≥ 3
Intensivmerkmale

*KH mit Abrechnung
nach PEPP*

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen



2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Intensivbehandlung

Konsequenzen aus der Prüfpraxis:

- Sehr restriktive, formalistische Auslegung der Mindestmerkmale (regional unterschiedlich)
- Konsequenz: Quasi **keine Anwendung** mehr in der Praxis
- Zur Abbildung des Zusatzaufwands für intensive psych. Behandlungsbedürftigkeit **faktisch wirkungslos**

 **Benachteiligung insb. pflichtversorgender Krankenhäuser durch konsequente Streichung von erlösrelevanter Intensivbehandlung**

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Diagnosen

Beispiel: Geistige Behinderung mit psychiatrischen Auffälligkeiten

– Kodierung nach ICD-10 (HD oder ND):

1) Grad der Intelligenzminderung (F70/71/72/73)

2) Ausprägung der Verhaltensstörungen (.0/.1)

Psychiatrischer
Aufwand

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Diagnosen

Beispiel: Geistige Behinderung mit psychiatrischen Auffälligkeiten

Auszug aus dem MDK-Gutachten:

Die klinikseits kodierte Hauptdiagnose Mittelgradige Intelligenzminderung : Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert (ICD-10: F71.1) ist aus gutachterlicherseits nicht nachvollzogen.

Die Diagnose F71.1 erfordert aus gutachterlicher Sicht eine deutliche Intelligenzminderung. Diese erfolgte hier nicht. Ebenso ist die deutliche Verhaltensstörung aus der Anamnese zu der klinikseits gestellten Hauptdiagnose, insbesondere deutliche Verhaltensstörung, zu entnehmen.

Alternative: F78.1? (Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung)

→ Verpflichtender IQ-Test

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Diagnosen

Beispiel: Geistige Behinderung mit psychiatrischen Auffälligkeiten

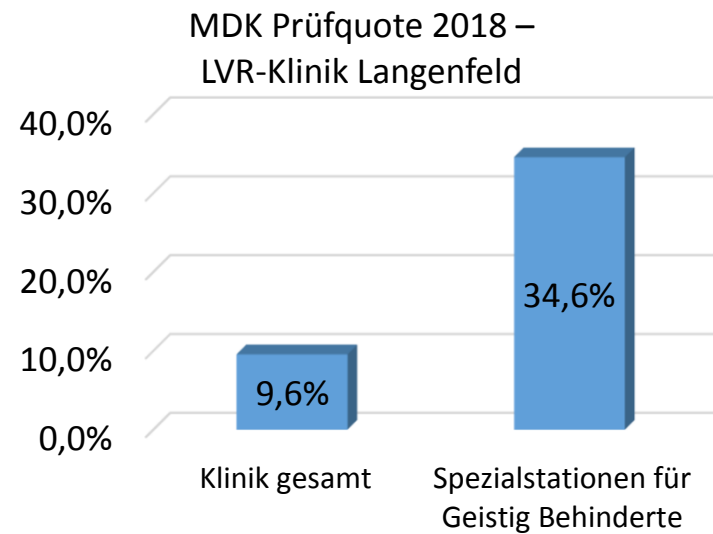
- In der Praxis **IQ-Test** bei schwerer Verhaltensauffälligkeit regelmäßig nicht möglich bzw. vom Patienten abgelehnt
- Trotz unstrittiger Dokumentation: keine Anerkennung der Diagnosegruppe

→ Erlösverluste von mehreren tausend Euro pro Fall

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Diagnosen

Beispiel: Geistige Behinderung mit psychiatrischen Auffälligkeiten



2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Diagnosen

Konsequenzen aus der Prüfpraxis

- Insbesondere bei hochvergüteten Spezialdiagnosen werden **hohe formelle Voraussetzungen** formuliert (Testungen, Spezialdiagnostik etc.)
- Diese sind in der Praxis häufig nicht umsetzbar oder je nach Symptomatik sogar kontraindiziert
- Ungleich hohe Prüfquote verhindert die kostendeckende Vergütung entsprechend aufwändiger Spezialangebote

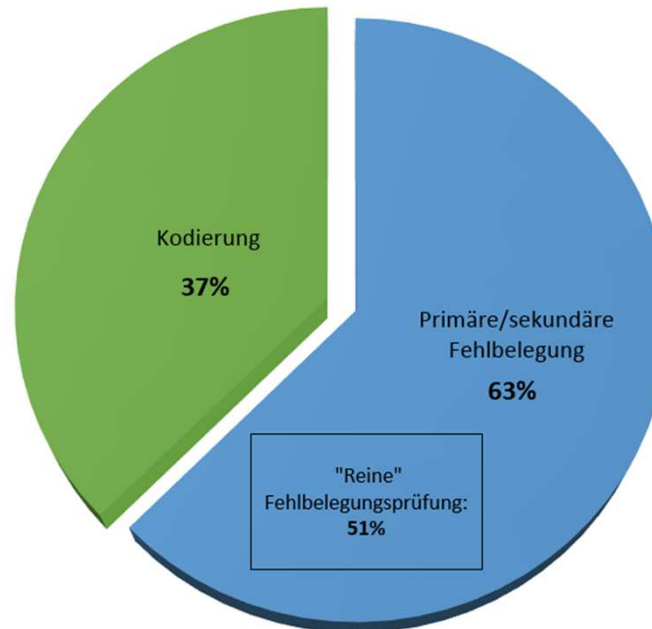
 **Kritische Implikation: Zwangstestung oder Erlösverlust?**

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Verweildauer

Anzahl der MDK-Gutachten nach Prüfgegenstand

Alle Abteilungen - 01.01.2016 bis 31.05.2018



2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Verweildauer

Komorbidität Sucht

Auszug aus MDK-Gutachten:

Am 09.01.2018 (vgl. Verlaufsdokumentation vom 09.01.2018, 13:30 Uhr) wurde die Versicherte mit einem positiven Drogenscreening für eine potentiell abhängigkeiterzeugende Substanz konfrontiert.

In diesem Individualfall werden gutachterlicherseits weder die Aufnahmeindikation noch die gesamte Behandlungsdauer als medizinisch indiziert nachvollzogen.

Die klinikseits kodierte Hauptdiagnose F33.1 wird gutachterlicherseits mit Hinweis auf die ICD-10 Kriterien (Ausschlussvorbehalt Konsum psychotroper Substanzen) und die S3-Leitlinie nvl-005 nicht nachvollzogen.

Eine hinreichend günstige Prognose für den vorliegenden Aufenthalt kann den Unterlagen nicht entnommen werden.

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Verweildauer

Komorbidität Sucht

- Behandlung von Depression oder Schizophrenie **nicht anerkannt sobald Anzeichen für eine Suchterkrankung** vorliegen
- Begründung:
 - Ungenügende Erfüllung der diagnostischen Kriterien (Abstinenz)
 - keine hinreichend günstige Behandlungsprognose
- Bereits **einmaliger Konsum** wird als **Ausschlusskriterium** gewertet

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Verweildauer

Komorbidität Sucht

- In Praxis: **Sehr häufige Fallkonstellationen** (Insb. Depression + Alkohol bzw. bei jüngeren Patienten Schizophrenie und Cannabis)
- Aus fachlicher Sicht wäre es fatal dieser Patientengruppe die notwendige KH-Behandlung vorzuenthalten
- Insb. mit den besonderen Mitteln eines psychiatrischen Fachkrankenhauses kann eine Abstinenzsicherung und qualifizierte Mitbehandlung der Suchterkrankung erfolgen



MDK: Keine Behandlung ohne gesicherte Abstinenz

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Verweildauer

Chronisch Erkrankte mit hoher Verweildauer

- MDK-Gutachten: Sehr enge Auslegung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (unter Berufung auf BSG)
- Lediglich medizinische Gründe im engen Sinne
- Nach Akutphase und Abschluss der medikamentösen Einstellung wird eine weitere Behandlungsnotwendigkeit nicht mehr anerkannt
- Die Notwendigkeit langfristiger Sicherung von Behandlungserfolg (Stabilisierung, Strukturgebung etc.) bei chronischen Erkrankungen wird nicht anerkannt

 **Drehtüreffekte statt nachhaltiger Behandlungserfolge**

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Verweildauer

Unterbringungsfälle

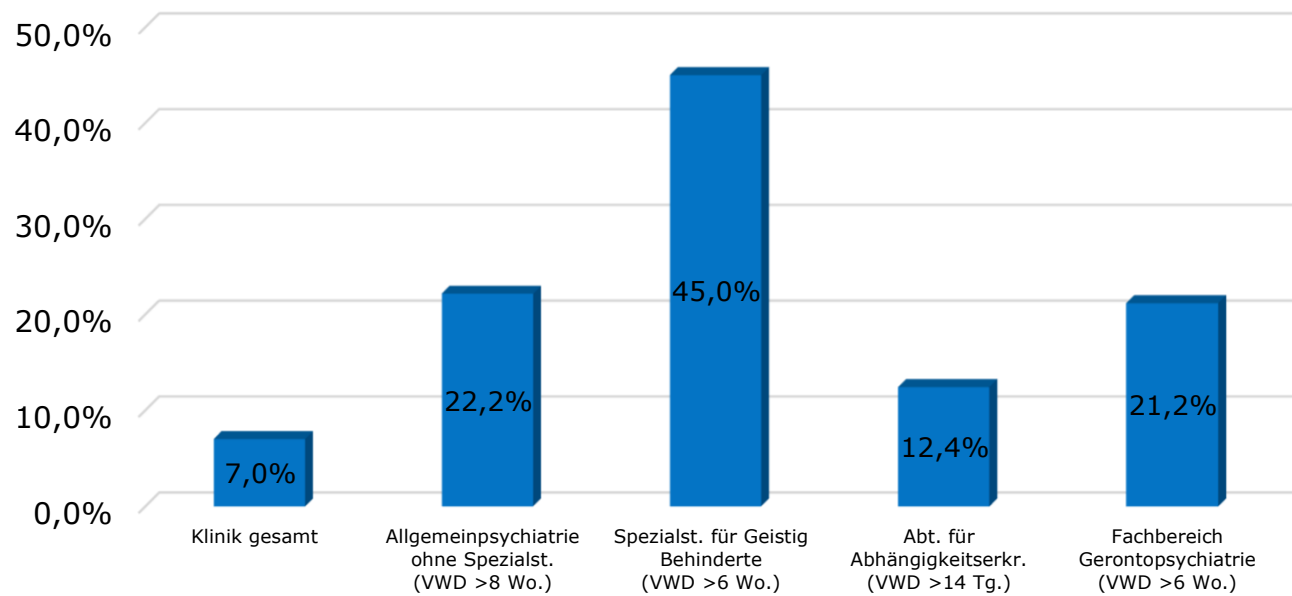
- Aus selbigen Gründen werden auch in Fällen mit (insb. betreuungsrechtlicher) Unterbringung in hohem Maße Behandlungstage nicht anerkannt
- „Pat. hätte in einer **geschlossene Heimeinrichtung untergebracht** werden müssen. Wäre eine solche nicht verfügbar gewesen, hätte ein **Kostenträgerwechsel** erfolgen müssen“

➔ **Faktisch existieren keine sonstigen geschlossenen Unterbringungsformen und andere Kostenträger lassen sich i.d.R. nicht finden**

2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

MDK Prüfquote 2018

- sekundäre FB - vollstationär - nach Klinikbereichen -



2 Prüfschwerpunkte und deren praktische Auswirkungen

Verweildauer

Konsequenzen aus der Prüfpraxis:

- Für bestimmte Fallkonstellationen wird die Behandlungsnotwendigkeit grundsätzlich aberkannt
- Insb. chronisch Erkrankten werden nur (wiederkehrende) Kurzaufenthalte zur Krisenintervention anerkannt
- Gesetzliche Unterbringung ohne med. Behandlungsnotwendigkeit wird zum finanziellen Risiko der KH

 **Finanzielle Benachteiligung insb. der Behandlung von chronisch oder Schwersterkrankten**

3 Problematische Auswirkungen auf die Behandlungsrealitäten?

Problematische Auswirkungen auf die Behandlungsrealitäten?

- Hoher „**Misstrauensaufwand**“, der Ressourcen verbraucht, die Pat. zugute kommen könnten
- Finanzielle Verluste kalkulierbar – keine existenzielle Gefahr für KH
- **Problematische Implikationen für bestimmte Patientengruppen** für die in der MDK-Prüfpraxis systematisch erschwerende Konstellationen, Verweildauern oder sogar die gesamte Behandlungsnotwendigkeit nicht anerkannt werden

➔ **Höchst fragwürdige Auswirkungen auf die Behandlungssteuerung insb. chronisch bzw. Schwersterkrankter zu erwarten**

4 Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlungen auf Ebene des Krankenhauses

- Idealismus nicht verlieren, **Vorsicht vor zu viel pragmatischem Gehorsam**
- **Dialog mit den Krankenkassen** zur Vermeidung von MDK-Prüfungen
- In den **kollegialen Austausch mit dem zuständigen MDK** treten (z.B. über Vor-Ort Begehungsprüfungen)

2 Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlungen auf Systemebene

- **Spannungsfeld** zwischen hoheitlichem Sonderauftrag (Unterbringung) und ökonomischem Druck des Finanzierungssystems
- **Finanzielles Risiko** für Unterbringung ohne Behandlungsauftrag /-notwendigkeit **obliegt alleinig den Krankenhäusern** und wurde durch die aktuelle MDK-Prüfpraxis massiv erhöht

➔ **Finanzierungsalternativen schaffen um unliebsames Doppelmandat nicht zur untragbaren Belastung werden zu lassen**

3 PEPP und MDK-Prüfungen

Fazit MDK Geschehen:

- Durch die Entgeltlogik ergibt sich eine massive Konzentration des MDK-Geschehens auf Schwersterkrankte (1:1 Betreuung / Intensivmerkmale / Langlieger; Geistig Behinderte)
- Das MDK-Postulat der Unterbringung im „geschlossenen Heim“ oder im stationärem Setting als so genannter Wartefall ist mit dem tatsächlichen Angebot und der Finanzierungsrealität nicht in Einklang zu bringen

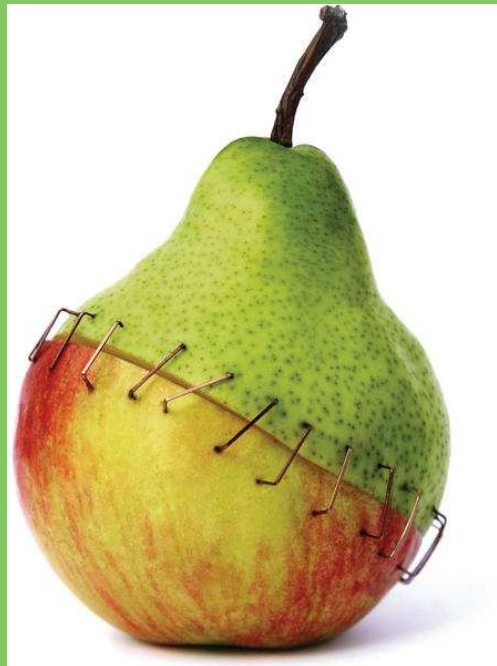
Im Ergebnis

Unterversorgungs- und Verelendungsimpuls des PEPP-Entgeltsystems in Richtung der sozial Schwächsten

These: Die größte durch PEPP induzierte Veränderung wird die veränderte Behandlungssteuerung im Zusammenhang mit dem MDK-Geschehen

Übergeordnet gibt es gravierenden Klärungsbedarf zur Funktion von Psychiatrie als Element des Gemeinwohls innerhalb einer solidarischen Gesellschaft.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



PEPP ist anders als DRG