



Erfahrungsbericht zu MDK-Prüfungen im PEPP-Entgeltsystem

Anlässlich der BWKG-Veranstaltung zum PEPP-Entgeltsystem 2015
am 23.10.2014 in Stuttgart

Evelyn Preute-Hilbeck

Health Care Management M.A.

Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Agenda

1. Vorbereitungen auf den Umstieg ins PEPP-System
2. Start 01.10.2013 – der Umstieg in die Optionsphase
3. Erste Erfahrungen mit dem PEPP-System
4. MDK und erste MDK-Anfragen
5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung
 1. Strukturdaten
 2. Intensivkriteriennachweise – Prä-PEPP
 3. Hepatitis C
 4. Tübinger Modell – TüMo
 5. Sucht-TK Wochenenden
 6. QE-Kode
 7. Prä-interventioneller EKT-Tag
6. Absprachen mit Kostenträgern
7. Auswirkungen auf den Alltag
8. Fazit

1. Vorbereitungen auf den Umstieg ins PEPP-System

Aktive Vorbereitungen auf den Umstieg seit 2010:

- Motivation u. Information aller Beteiligten
- Einführung Doku-software in allen 3 Psych.Kliniken des UKT
- Aufbau Dokumentationspersonal
- Schulung und Motivation der gesamten Mitarbeiterschaft
- Teilnahme Benchmark
- InEK-Kalkulationsteilnahme
- Aufbau Berichtswesen
- Teilnahme Vorschlagsverfahren
- IT-Anpassung – PEPP- Grouper
- Einstieg Optionsphase 01.10.2013

2. Start 01.10.2013 – der Umstieg in die Optionsphase

Gute Voraussetzungen für den Umstieg am UKT:

- Gute Qualität der Leistungsdaten
 - im UKT bereits seit 2011 flächendeckende PEPP Dokumentation vorhanden
 - Koordinierung u. Betreuung durch Medizincontrolling
 - Aufbau von Dokumentationspersonal
- Sicherstellung der PEPP Abrechnung durch IT-Anpassung
- Teilnahme an der PEPP Kalkulation

2. Start 01.10.2013 – der Umstieg in die Optionsphase

Chancen	Risiken
+ verbesserter Mehrleistungsausgleich	- Gefahr, dass Mehrleistungen aufgrund „Upcoding“ nicht anerkannt werden - Schätzfehler der Menge bei Vereinbarung
+ Lernkurve für PEPP-gerechte Dokumentation	- frühere PEPP-basierte MDK-Prüfungen
+ höhere Motivation PEPP als lernendes System mit zu gestalten	- Steuerungswirksame Effekte eines nicht ausgereiften Systems

3. Erste Erfahrungen mit dem PEPP-System

Stand März 2014

- Budgetverhandlungen

- „geräuschlos“ und einvernehmlich
- Teilweise mussten noch Lösungen selbst erarbeitet werden (z.B. Bestimmung der richtigen BWR für die Überliegetage)

- Abrechnung

- Auslegungstreit über § 301-Daten: Differenzierung in Anwesenheitstagen oder nur Gesamtzahl der Tage?

- Zwischenabrechnungen vorerst nicht

- Wiederkehrer bis zu 12mal in 120 Tagen
- großer händischer Aufwand bei Stornierung

- MDK-Anfragen

- Dokumentationslücken, z.B. kodierte ND können nicht belegt werden
- Soll-Verweildauer bestimmter Diagnosen: Ärzte kodieren zu positiv

- Psych-PV-Prüfung im Dezember 2013

- Unauffälliges Ergebnis

- Jahresabschluss

- Überlieger werden nicht zwischenabgerechnet (Aufwand!)
- Unfertige Leistungen

4. MDK und erste MDK-Anfragen

Geissweg 3, 72076 Tübingen

IK: 260840108
Aufnahmedatum: 10.12.2013
Entlassungsdatum: 30.12.2013
Aufnahmenummer: [REDACTED]
RE-Datum: 31.12.2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten hiermit den Auftrag zur Begutachtung mit der Bitte um Stellungnahme.

Es handelt sich um eine Abrechnung im PEPP-System (Optionshaus).

Fragestellung

- Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?
- Ist / sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?
- Sonstige Fragen
Wäre eine teilstationäre Behandlung ausreichend gewesen?

- „Typische“ Anfrage der AOK
- Erinnern an DRG-Systematik
- Bislang Schwerpunkt der Anfragen auf HD, ND und OPS Prüfung, weniger auf Verweildauer
- VWD wird nur im Hinblick auf „zu leichte“ Diagnosen angefragt! Ebenso stat. Notwendigkeit
- Während der Behandlung keine Verweildauerprüfungen mehr. Dafür Absprache bei Langliegern mit AOK.

4. MDK und erste MDK-Anfragen

Krankenhaus : Universitätsklinikum Tübingen, 72076 Tübingen, Geissweg 3
Stat. Aufenthalt : 10.12.2013 bis 30.12.2013
Auftrags - Nr. : 100900-1022308

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Krankenkasse des/der Versicherten hat uns mit einer gutachtlichen Stellungnahme zum oben genannten Aufenthalt beauftragt. Weitere Informationen zu Prüfanlass/Auffälligkeit entnehmen Sie bitte der in Kopie beiliegenden Anfrage der Krankenkasse.
Für Aufträge zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V wird hiermit die Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 angezeigt.

Für die Auftragserledigung benötigen wir die **in der Anlage** gekennzeichneten Unterlagen. Wir bitten Sie, uns diese innerhalb von 4 Wochen zukommen zu lassen.
Sollten Sie bei der Durchsicht Ihrer Unterlagen feststellen, dass die angeforderten Unterlagen die für die Begutachtung notwendigen Informationen nicht enthält, so fügen Sie bitte die Dokumente bei, die zur Klärung der Frage beitragen können.

Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 276 Abs. 2 SGB V: "Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist."

Wir sind bemüht, den Auftrag schnellstmöglich zu bearbeiten. Wir bitten Sie, von Zwischenfragen zum Bearbeitungsstand des Vorganges abzusehen.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Mitwirkung.

Stationärer Aufenthalt: 10.12.2013 - 30.12.2013

x	Ausführlicher Krankenhausentlassbericht (Kurzbericht reicht nicht aus)
x	Körperlicher/psychischer Untersuchungsbefund bei Aufnahme
x	Anamnese, Aufnahmebefund, Assessments
x	Tageskurve(n)
	Tageskurve(n) ab dem
x	Pflegedokumentation(en)
	Pflegedokumentation(en) ab dem
x	Ärztliche Verlaufsdokumentation(en)
	Nachweise zu ZE:
	Nachweise zu OPS 9-61: Wir bitten zum Kode 9-61 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale (z. B. bezüglich Behandlungssetting, Team, angewandte Verfahren, Dauer, Therapieeinheiten, Gruppenzusammensetzung, durchführendes Personal, etc.), weitere im OPS enthaltene Vorgaben und ggf. relevante klinische Informationen (insbesondere Patientenmerkmale, z.B. konkreter Einsatz von Sicherungsmaßnahmen, konkreter Umgang mit Gefährdungspotenzialen, konkrete Überwachung vitaler Gefährdung, etc.) und die Datierung abschließend belegen können.
	Nachweise zu OPS 9-63: Wir bitten zum Kode 9-63 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale (z. B. bezüglich Behandlungssetting, Team, angewandte Verfahren, Dauer, Therapieeinheiten, Gruppenzusammensetzung, durchführendes Personal, Diagnostik, Visiten, etc.), weitere im OPS enthaltene Vorgaben und ggf. relevante klinische Informationen und die Datierung abschließend belegen können.
	Nachweise zu OPS 9-64: Wir bitten zum Kode 9-64 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale weitere im OPS enthaltene Vorgaben und ggf. relevante klinische Informationen und die Datierung abschließend belegen können.
	Nachweise zu OPS 9-67: Wir bitten zum Kode 9-67 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale (z. B. bezüglich Behandlungssetting, Team, angewandte Verfahren, Dauer, Therapieeinheiten, durchführendes Personal, etc.), weitere im OPS enthaltene Vorgaben und ggf. relevante klinische Informationen (insbesondere Patientenmerkmale, z.B. konkreter Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand, konkreter Umgang mit Gefährdungspotenzialen, konkrete Überwachung vitaler Gefährdung, Craving, etc.) und die Datierung abschließend belegen können.
	Nachweise zu OPS 9-690: Wir bitten zum Kode 9-690 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale (z. B. bezüglich psychosozialer oder psychischer Krisen, tägliche Befunderhebung und Anordnungen bezgl. Behandlungsmaßnahmen etc.), weitere im OPS enthaltene Vorgaben und ggf. relevante klinische Informationen und die Datierung abschließend belegen können.
	Zu OPS: Wo Leistungen von Mitarbeitern einbezogen und abrechnungsrelevant sind und von Ihnen kodiert wurden, bei denen der OPS Vorgaben zur Ausbildung und Vergütung macht, bitten wir um entsprechend belastbare Informationen.
x	Nachweise zu Nebendiagnose(n): F10.2, F63.0, F17.2
	Überwachungsbogen
	Laborbefund(e)
	Urinkult/Drogenscreening
	Anästhesieprotokoll(e)
	Sonstiges:

4. MDK und erste MDK-Anfragen

Angaben zum Krankenhaus:

Name/Anschrift Universitätsklinikum Tübingen
 Geissweg 3, 72076 Tübingen
 IK: 260840108
 Aufnahmedatum: 07.11.2013
 Entlassungsdatum: 02.12.2013
 RE-Datum: 17.12.2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten hiermit den Auftrag zur Begutachtung mit der Bitte um Stellungnahme.

Fragestellung

- Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?
 - Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur vollstationären Behandlung?
- Was konkret hat die stationäre Aufnahme ausgelöst?
 A: Demenzen sind grundsätzlich ambulant diagnostizierbar.

Stationärer Aufenthalt: 07.11.2013 - 02.12.2013

x	Ausführlicher Krankenhausentlassbericht (Kurzbericht reicht nicht aus)
x	Körperlicher/psychischer Untersuchungsbefund bei Aufnahme
x	Anamnese, Aufnahmebefund, Assessments
x	Tageskurve(n)
x	Pflegedokumentation(en)
	Pflegedokumentation(en) ab dem
x	Ärztliche Verlaufsdokumentation(en)
	Nachweise zu ZE:
	Nachweise zu OPS 9-61: Wir bitten zum Kode 9-61 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale (z. B. bezüglich Behandlungssetting, Team, angewandte Verfahren, Dauer, Therapieeinheiten, Gruppenzusammensetzung, durchführendes Personal, etc.), weitere im OPS enthaltene Vorgaben und ggf. relevante klinische Informationen (insbesondere Patientenmerkmale, z.B. konkreter Einsatz von Sicherungsmaßnahmen, konkreter Umgang mit Gefährdungspotenzialen, konkrete Überwachung vitaler Gefährdung, etc.) und die Datierung abschließend belegen können.
	Nachweise zu OPS 9-63: Wir bitten zum Kode 9-63 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale (z. B. bezüglich Behandlungssetting, Team, angewandte Verfahren, Dauer, Therapieeinheiten, Gruppenzusammensetzung, durchführendes Personal, Diagnostik, Visiten, etc.), weitere im OPS enthaltene Vorgaben und ggf. relevante klinische Informationen und die Datierung abschließend belegen können.
	Nachweise zu OPS 9-64: Wir bitten zum Kode 9-64 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale weitere im OPS enthaltene Vorgaben und ggf. relevante klinische Informationen und die Datierung abschließend belegen können.
	Nachweise zu OPS 9-67: Wir bitten zum Kode 9-67 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale (z. B. bezüglich Behandlungssetting, Team, angewandte Verfahren, Dauer, Therapieeinheiten, durchführendes Personal, etc.), weitere im OPS enthaltene Vorgaben und ggf. relevante klinische Informationen (insbesondere Patientenmerkmale, z.B. konkreter Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand, konkreter Umgang mit Gefährdungspotenzialen, konkrete Überwachung vitaler Gefährdung, Craving, etc.) und die Datierung abschließend belegen können.
	Nachweise zu OPS 9-690: Wir bitten zum Kode 9-690 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale (z. B. bezüglich psychosozialer oder psychischer Krisen, tägliche Befunderhebung und Anordnungen bezgl. Behandlungsmaßnahmen etc.), weitere im OPS enthaltene Vorgaben und ggf. relevante klinische Informationen und die Datierung abschließend belegen können.
	Zu OPS: Wo Leistungen von Mitarbeitern einbezogen und abrechnungsrelevant sind und von Ihnen kodiert wurden, bei denen der OPS Vorgaben zur Ausbildung und Vergütung macht, bitten wir um entsprechend belastbare Informationen.
x	Nachweise zu Nebendiagnose(n): F32.1
	Überwachungsbogen
	Laborbefund(e)
	Urikult/Drogenscreening
	Anästhesieprotokoll(e)
	Sonstiges:

Station. Nach Partnerverlust im Mai wird eine depressive Symptomatik mit Gefühl der Hoffnungslosigkeit, lebensmüden Gedanken beschrieben. Letztere wurde bereits ambulant mit einem Antidepressivum anbehandelt. Fremdanamnestic Hinweise im Sinne von möglichem Beeinträchtigungswahn oder Beziehungsideen zeigten sich im Rahmen des stationären Aufenthaltes nicht. Bereits mit der Aufnahme bestand mit vorliegendem Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung. Im Rahmen der durchgeführten Diagnostik ergibt sich der Verdacht auf das Vorliegen einer Demenz vom Alzheimer-Typ. Entsprechend der Verdachtsdiagnose wurde eine Behandlung mit Rivastigmin (Antidementivum) begonnen. Die Krankheitswahrnehmung ist deutlich eingeschränkt, im Verlauf (z.B. 28.11.) rezidivierend ausgeprägtes Rückzugsverhalten auf Station, im weiteren Verlauf Stabilisierung, die Versicherte wird am 02.12.2013 in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung in stabilisiertem Zustand entlassen. Daneben werden ein Diabetes mellitus sowie eine arterielle Hypertonie behandelt.

Diagnosen: F32.1 Mittelgradige depressive Episode
weitere Diagnosen: siehe bitte Beurteilung

Beurteilung:

Die Krankenkasse lässt die Kodierung sowie die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung überprüfen.

Notwendigkeit und Dauer:

Bei der oben beschriebenen depressiven Symptomatik, der zudem unklaren Symptomatik mit fraglichen Beziehungsideen und Beeinträchtigungswahn und zuletzt ungünstiger Verlaufsentwicklung macht hier die stationäre Aufnahme vollständig nachvollziehbar. Unter einer antidepressiven Medikation zeigte sich nach dem Verlaufsbericht über die Zeit insgesamt eine Besserung, sodass die Versicherte zeitgerecht sobald möglich in ausreichend stabilisiertem Zustand in die Kurzzeitpflege entlassen werden konnte. Die Dauer der Krankenhausbehandlung ist vollständig nachvollziehbar.

Kodierung:

Hauptdiagnose:

Das Krankenhaus kodiert als Hauptdiagnose G30.1+ Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn in Kombination mit F00.1* Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn. Nach Hauptdiagnosedefinition der DKR-Psych PD002a ist die kodierte Hauptdiagnose nicht nachvollziehbar. Konkret die Diagnose, die nach Analyse hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist, ist die depressive Episode. Die vom Krankenhaus als Nebendiagnose kodierte mittelgradige depressive Episode ist Hauptdiagnose.

Nebendiagnose:

Die vom Krankenhaus gewählte Hauptdiagnose ist hier im Sinne der DKR-Psych eine Verdachtsdiagnose, allerdings wurde diese nach bei Entlassung in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung entsprechend der Verdachtsdiagnose mit Rivastigmin behandelt, sodass die Kodierung mit G30.1+ in Verbindung mit F00.1* als Nebendiagnose korrekt ist. Weitere hier vorliegende Nebendiagnosen und OPS-Kodierungen werden nicht diskutiert da nicht mehr abrechnungsrelevant.

Die nachvollziehbare Kodierung mit Hauptdiagnose F 32.1 führt auf **PA04B**.

Ergebnis: Medizinische Voraussetzungen für die Leistung nicht erfüllt.

Empfehlungen:
Keine Empfehlungen

Ausdruck vom 19.02.2014

Seite: 2

4. MDK und erste MDK-Anfragen: PEPP-Gutachten u. Widerspruch

Aufnahme 07.11.2013 / Entlassung 02.12.2013

Sehr geehrter Damen und Herren,

Im sozialmedizinischen Gutachten von Herrn Dr. zu o.g. Patientin wird empfohlen, die Demenzdiagnose nicht als Hauptbehandlungsdiagnose anzuerkennen. In diesem Gutachten wird die im Arztbrief erwähnte Demenz-Diagnose als Verdachtsdiagnose beschrieben, was so nicht aus dem Arztbrief hervorgeht. Die Demenzdiagnose ist als gesicherte Diagnose beschrieben, lediglich die Einordnung („am ehesten vom Alzheimer-Typ“) ist letztendlich nicht vollkommen klar, da eine Liquoruntersuchung auf Wunsch der Patientin und der Angehörigen nicht durchgeführt wurde, die eine eindeutige Zuordnung in die Kategorie Alzheimer-Demenz erlaubt hätte. Die klinische Diagnostik (einschließlich der geforderten Einbußen der Alltagstätigkeiten) und neuropsychologische Untersuchung sind eindeutig hinsichtlich einer Demenz-Diagnose, unterstützt wird die Diagnose durch die Bildgebung. Dass die Diagnose gesichert ist, lässt sich – wie bereits im Gutachten erwähnt – schon an den therapeutischen und sozialmedizinischen Konsequenzen ablesen: Es wurde ein Antidementivum angesetzt und eine Kurzzeitpflegeplatz als Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen. Gerade letzteres wäre bei der Hauptdiagnose einer Depression (im Gegensatz zu Demenz) kontraindiziert. Die Diagnose einer depressiven Episode ist aufgrund der syndromalen Zuordnung des ICD-10-Diagnosensystems erfolgt, ätiopathologisch aber eindeutig als ein Symptom der Demenzerkrankung (wie auch die die wahnhaftige Symptomatik) zu verstehen. Um den Schweregrad auszudrücken, wurde im Arztbrief die Diagnose einer leichten depressiven

Episode beschrieben und nicht - wie im Gutachten erwähnt – eine mittelgradige (Aufnahmediagnose).

Dass es sich bei der Depression, die als Aufnahmediagnose formuliert wurde, lediglich um eine Komorbidität handelt, ist auch daran ablesbar, dass keine medikamentöse Veränderung vorgenommen wurde, nicht einmal eine Dosisänderung des ambulant begonnenen Präparates.

Insofern ist die Empfehlung des Gutachters zur Umkehr von Haupt-/ Nebendiagnose nicht nachvollziehbar.

Mit freundlichen Grüßen

Oberarzt der Klinik

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung

1. Strukturdaten

Stationärer Aufenthalt: 17.12.2013 - 05.05.2014

x	Ausführlicher Krankenhausentlassbericht (Kurzbericht reicht nicht aus)
x	Nachweise zu OPS 9-67x : Wir bitten zum Kode 9-67 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale (z. B. bezüglich Behandlungssetting, Team, angewandte Verfahren, Dauer, Therapieeinheiten, durchführendes Personal, etc.), weitere im OPS enthaltene Vorgaben (Einzelsetting, Gruppensetting und Teilnehmerzahl) und ggf. relevante klinische Informationen (insbesondere Patientenmerkmale, z.B. konkreter Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand, konkreter Umgang mit Gefährdungspotenzialen, konkrete Überwachung vitaler Gefährdung, Craving, etc.) und die Datierung abschließend belegen können.
x	Zu OPS : Wo Leistungen von Mitarbeitern einbezogen und abrechnungsrelevant sind und von Ihnen kodiert wurden, bei denen der OPS Vorgaben zur Ausbildung und Vergütung macht, bitten wir um entsprechend belastbare Informationen.

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung

-> 5.1. Antwortschreiben des MDK zu Strukturdaten

Sehr geehrte Frau Preute-Hilbeck,

wir haben Verständnis dafür, dass Sie die Rechtsgrundlage für die Übermittlung von personenbezogenen Daten Ihrer Mitarbeiter hinterfragen.

Nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V hat der MDK im Auftrag der Krankenkassen unter anderem Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen sowie Abrechnungen zu prüfen. Die Datenerhebungs- und Verarbeitungsbefugnis des MDK sowie die Übermittlungspflicht der Leistungserbringer ergibt sich aus § 276 Abs. 2 SGB V. Selbstverständlich dürfen jeweils nur die für die Aufgabenerfüllung des MDK erforderlichen Daten angefordert und übermittelt werden.

Sofern Eigenschaften des eingesetzten Personals für die Erbringung einer Leistung oder die Abrechnung einer Leistung entscheidend sind, sind diese Angaben für die Prüfung ebenfalls erforderlich. In dem vorliegenden Fall sind für die Anerkennung, Kodierung und Abrechnung der Leistung unter anderem die Qualifikation bzw. die Berufsgruppe des eingesetzten Personals sowie eine entsprechende Vergütung entscheidend.

Auszug aus OPS:

„Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, hier spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen.“

Somit sind Daten zu den Qualifikationen der Mitarbeiter, die Therapiemaßnahmen durchgeführt haben zwingend erforderlich um Ihre Kodierung im Einzelfall bewerten zu können. Im Übrigen werden von Ihnen teils auch erforderliche Daten, die wir zur Prüfung anderer OPS-Kriterien benötigen (Mindestmerkmale) und angefordert haben, ebenfalls nicht zur Verfügung gestellt, was auch nicht nachvollziehbar personenbezogene Daten Ihrer Mitarbeiter darstellt.

Da Sie uns diese für die Begutachtung notwendigen Daten nicht zur Verfügung stellen, werden wir den Auftrag an die zuständige Kasse zurückgeben. Bei Aufträgen die an die Kasse zurückgegeben werden, müssen wir zur Verfügung gestellte Anteile der angeforderten Unterlagen aus Datenschutzgründen vernichten. Falls Sie doch noch die erforderlichen Daten zu Verfügung stellen wollten, müssten alle angeforderten Dokumentationsanteile erneut zur Verfügung gestellt werden.

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung

5.1. → Strukturdatenprüfung nicht datenschutzkonform

Checkliste zur Abfrage der Strukturmerkmale des OPS-Kodes
9-61 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*¹

Version 2014

Das Krankenhaus

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

IK _____

Ansprechpartner _____

erfüllt folgende strukturelle Mindestmerkmale zur Verschlüsselung und Abrechnung des OPS-Kodes 9-61 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*.

Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung sind für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch anzuwendenden Pflege-/Therapiebereiche ein Verantwortlicher und ein Stellvertreter benannt.

- Die therapiezielorientierte Behandlung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

Ja ☐ Nein ☐

Titel, Name, Vorname, Facharzt- und Zusatzbezeichnungen, ggf. Erläuterung:

.....
.....

¹ Erstellt durch die Sozialmedizinische Expertengruppe 4 - Vergütung und Abrechnung (SEG 4) der MDK-Gemeinschaft im Auftrag des GKV-Spitzenverbands zur Nutzung durch die Krankenkassen vor Ort

5. Strittige Problemfelder: Strukturdatenprüfung nicht datenschutzkonform -> 5.1. Antwort der Kasse

Sehr geehrte Frau Preute-Hilbeck,

vielen Dank für die Zusendung der ausgefüllten Checklisten. Wir haben diese Herrn Dr. | zur Beurteilung zukommen lassen. Eine Kopie seiner Bewertung schicke ich Ihnen als Anlage mit.

Grundsätzlich wird das Vorhandensein von ausgebildetem Pflege-/Fachpersonal im Universitätsklinikum Tübingen nicht angezweifelt.

Allerdings sind für die Erfüllung der Strukturmerkmale die übermittelten Checklisten zum Teil nicht ausreichend bzw. unvollständig. Insbesondere der Nachweis der abgeschlossenen Ausbildung und des dieser Berufsgruppe entsprechend vergütetem Beschäftigungsverhältnisses ist noch nicht erbracht. Hier würde es nach Rücksprache mit Dr. | ausreichen, wenn beispielsweise die Namenslisten der einzelnen Berufsgruppen zusätzlich einen Vermerk zur Ausbildung und Vergütung hätten. Dieser könnte z.B. folgendermaßen lauten: Wir bestätigen, dass die o.g. Personen eine abgeschlossene Ausbildung als Ergotherapeut haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen. Dieser Vermerk müsste von einer verantwortlichen Person unterzeichnet sein. Damit könnten die Strukturmerkmale als erfüllt gewertet werden.

Für die Abrechnung der Codes im Einzelfall ist Voraussetzung, dass die Behandlungen von Mitarbeitern der jeweils im OPS definierten Berufsgruppe erbracht und dokumentiert wurden. Damit der Abgleich zwischen den Behandlern im Einzelfall und der in den Strukturunterlagen benannten Mitarbeitern erfolgen kann, wäre für den MDK eine Namens- bzw. Kürzelliste hilfreich.

Wir bitten Sie diesbezüglich um Klärung und weitere Veranlassung.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass – unabhängig von den erfüllten Strukturmerkmalen - für die Bestätigung von kodierten OPS-Leistungen in der Regel weitere Bedingungen wie z.B. Patientenmerkmale nachgewiesen sein müssen.

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung

2. Intensivkriteriennachweise – Prä-PEPP

Voraussetzung für Prä-PEPP P002A u. P002B:

OPS Krisenkode: **9-690.-** Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Dieser Kode ist ein Zusatzkode, der **für jeden Behandlungstag** mit kriseninterventioneller Behandlung gesondert anzugeben ist! Er kann zusätzlich zum Intensiv-Kode (u. Regel-Kode) generiert werden.

OPS 9-670.- Psychiatrisch-psychosomatische **Intensiv**behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern u. Jugendlichen

5.2. MDK-Beispielfall Prä-PEPP aus der Ki-Ju

Angaben zum Krankenhaus:

Name/Anschrift	Universitätsklinikum Tübingen Geissweg 3, 72076 Tübingen
IK:	260840108
Aufnahmedatum:	17.12.2013
Entlassungsdatum:	05.05.2014
Aufnahmenummer:	
RE-Datum:	14.05.2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten hiermit den Auftrag zur Begutachtung mit der Bitte um Stellungnahme.

Es handelt sich um eine Abrechnung im PEPP-System.

Fragestellung

- Ist die PEPP korrekt?
 - Ist / sind die Prozedur(en) korrekt?
- A: Sehr hohe Einzelbetreuungsfrequenz am Anfang der Behandlung.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

5.2. MDK-Beispielfall Prä-PEPP aus der Ki-Ju

Stationärer Aufenthalt: 17.12.2013 - 05.05.2014

x	Ausführlicher Krankenhausentlassbericht (Kurzbericht reicht nicht aus)
x	Nachweise zu OPS 9-67x : Wir bitten zum Kode 9-67 alle für die Abrechnung relevanten Dokumentationsanteile und Informationen sowie Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, die die jeweils definierten Mindestmerkmale (z. B. bezüglich Behandlungssetting, Team, angewandte Verfahren, Dauer, Therapieeinheiten, durchführendes Personal, etc.), weitere im OPS enthaltene Vorgaben (Einzelsetting, Gruppensetting und Teilnehmerzahl) und ggf. relevante klinische Informationen (insbesondere Patientenmerkmale, z.B. konkreter Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand, konkreter Umgang mit Gefährdungspotenzialen, konkrete Überwachung vitaler Gefährdung, Craving, etc.) und die Datierung abschließend belegen können.
x	Zu OPS : Wo Leistungen von Mitarbeitern einbezogen und abrechnungsrelevant sind und von Ihnen kodiert wurden, bei denen der OPS Vorgaben zur Ausbildung und Vergütung macht, bitten wir um entsprechend belastbare Informationen.

5.2. MDK-Beispielfall aus der Ki-Ju (mit Prä-PEPP)

Wissen Optionen Extras Hilfe

ID Katalog-Text Abrechnen Sek-Code Diagnosen Prozeduren Dokumentieren Übernahme

Patienten-/Falldaten Diagnosen/Prozeduren Alternativen

GRP H S Code Diagnose V G C DRG CW... CW... L

Ext. Dokumentation

GRP	H	S	Code	Diagnose	V	G	C	DRG	CW...	CW...	L
✓			F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	✓	0		P002B	250,6	250,6	
✓			L70.1	Acne conglobata	✓	0		P002B	250,6	250,6	
✓			Z60	Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung	✓	0		P002B	250,6	250,6	
✓			Z62	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung	✓	0		P002B	250,6	250,6	
✓			Z91.8	Sonstige Risikofaktoren in Eigenanamnese	✓	0		P002B	250,6	250,6	

Ext. Dokumentation

GRP	S	Code	Prozedur	Datum	L	V	G	P	ZE	Ward	Einheit
✓		1-207.0	Routine-Elektroenzephalographie (EEG) (10/20	18.12.2013		✓					
✓		9-671.30	Einzelbetreuung bei psychischen,	17.12.2013		✓					
✓		9-671.00	Einzelbetreuung bei psychischen,	17.12.2013		✓					
✓		9-671.54	Einzelbetreuung bei psychischen,	17.12.2013		✓					
✓		9-671.21	Einzelbetreuung bei psychischen,	24.12.2013		✓					
✓		9-671.40	Einzelbetreuung bei psychischen,	24.12.2013		✓					
✓		9-671.00	Einzelbetreuung bei psychischen,	24.12.2013		✓					
✓		9-671.10	Einzelbetreuung bei psychischen,	07.01.2014		✓					
✓		9-671.00	Einzelbetreuung bei psychischen,	21.01.2014		✓					
✓		9-665.b	Regelbehandlung bei psychischen,	11.02.2014		✓					
✓		9-665.a	Regelbehandlung bei psychischen,	18.02.2014		✓					
✓		9-665.c	Regelbehandlung bei psychischen,	25.02.2014		✓					
✓		9-671.00	Einzelbetreuung bei psychischen,	04.02.2014		✓					
✓		9-664.4	Regelbehandlung bei psychischen,	11.02.2014		✓					
✓		9-664.3	Regelbehandlung bei psychischen,	18.02.2014		✓					
✓		9-664.4	Regelbehandlung bei psychischen,	25.02.2014		✓					
✓		9-664.e	Regelbehandlung bei psychischen,	04.03.2014		✓					
✓		9-665.e	Regelbehandlung bei psychischen,	04.03.2014		✓					
✓		9-664.2	Regelbehandlung bei psychischen,	11.03.2014		✓					
✓		9-665.f	Regelbehandlung bei psychischen,	11.03.2014		✓					

DRG/PEPP Arbeitsliste

ermitteln Baserate 265,82 DRG/PEPP 2013 Details Editor + -

Ermittlung

PEPP P002B Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Eff. CW 66.628,61 € (250,6537)

SK PRE Prä-Strukturkategorie

GST 0 00: Normale Gruppierung

PCCL 0 Erbringungsart: Hauptabteilung

70.000
60.000
50.000
40.000
30.000

Erlös (€)

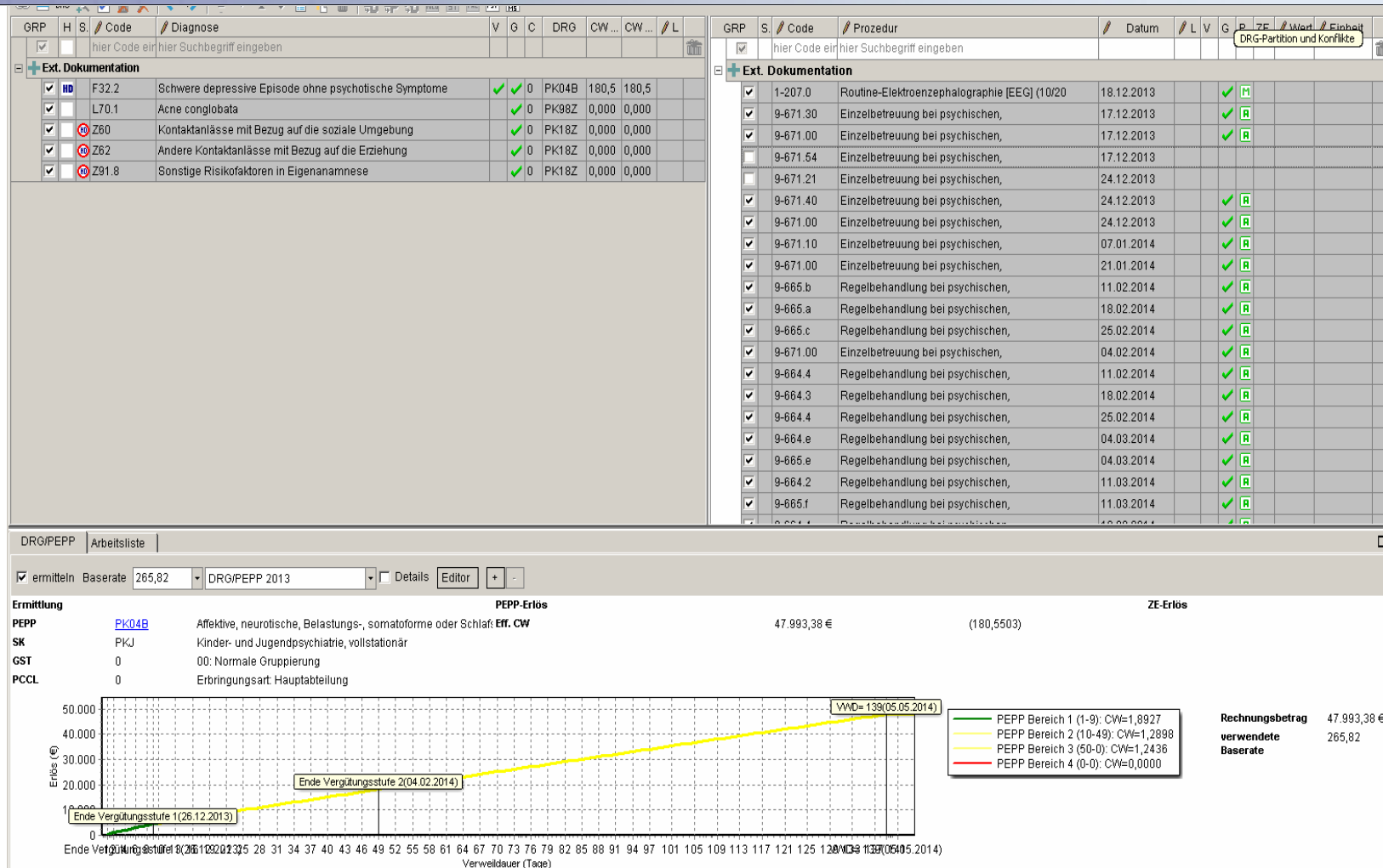
VWD= 139(05.05.2014)

Ende Versichertenkarte 1/27.01.2014

PEPP Bereich 1 (1-41): CW=2,0379
PEPP Bereich 2 (42-0): CW=1,7051
PEPP Bereich 3 (0-0): CW=0,0000
PEPP Bereich 4 (0-0): CW=0,0000

Rechnungsbetrag 66.628,61 €
verwendete Baserate 265,82

5.2. MDK-Beispielfall aus der Ki-Ju (ohne Prä-PEPP)



5.2. MDK-Beispielfall Prä-PEPP aus der Ki-Ju -

Minutiöser Nachweis Intensivkriterien (hier exemplarisch 17.12. u. 18.12.2013) → insgesamt 98 Seiten Nachweise dem MDK geschickt!

Zeit	Mitarbeiter
08:00-08:30	
08:30-09:00	Klinika → Nachkassende + Aufstellen + ins Bad ✓
09:00-09:30	Anneli 9 ⁴⁵ -9 ⁴⁰ Frühstück ✓
09:30-10:00	Ulrich ✓
10:00-10:30	Kunze ✓
10:30-11:00	Ulrich ✓
11:00-11:30	Anneli Begleitung in's EEG + Urine ✓
11:30-12:00	Ulrich ✓
12:00-12:30	Anneli 12 ⁰⁰ -12 ⁰⁰ HG (Fresubin) ✓
12:30-13:00	Ulrich: Medikament; RR - Pulskontrolle ✓
13:00-14:00	Ulrich: KURZEN / VERENNA ✓
14:30-15:00	Bernad ✓
15:00-15:30	Bernad ✓
15:30-16:00	Stephanie Kirsten ✓
16:00-16:30	Karen ✓
16:30-17:00	Stephanie ✓
17:00-17:30	Stephanie ✓
17:30-18:00	Karen ✓
18:00-18:30	Bernad 1. H. Urin - Analyse für ✓
18:30-19:00	Stephanie ✓
19:00-19:30	Stephanie ✓
19:30-20:00	Stephanie ✓

Aufnahmedatum: 17.12.2013

Entlassdatum: 05.05.2014

Donnerstag, 19.12.2013

Uhrzeit	Therapie	Dauer	Bemerkung	Art	GG	Raum	Kürzel	Profession	Status
00:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	60 min		E	1		bb	Pflegefachkräfte	durchgeführt
01:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	60 min		E	1		mk	Pflegefachkräfte	durchgeführt
02:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	60 min		E	1		bb	Pflegefachkräfte	durchgeführt
03:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	60 min		E	1		mk	Pflegefachkräfte	durchgeführt
04:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	60 min		E	1		bb	Pflegefachkräfte	durchgeführt
05:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	60 min		E	1		bb	Pflegefachkräfte	durchgeführt
06:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	60 min		E	1		rkö	Pflegefachkräfte	durchgeführt
07:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	60 min		E	1		bg	Pflegefachkräfte	durchgeführt
08:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	30 min	Medi, RR, Puls	E	1		rkö	Pflegefachkräfte	durchgeführt
08:50	Eltern- und Familiengespräche	70 min	Gespräch mit der Mutter	E	1		amm	Ärzte	durchgeführt
09:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	30 min	Duschen	E	1		rkö	Pflegefachkräfte	durchgeführt
09:30	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	30 min	Fresubin, Tasche ausgepackt	E	1		bg	Pflegefachkräfte	durchgeführt
11:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	30 min	Dauerbegleitung	E	1		rkö	Pflegefachkräfte	durchgeführt
12:00	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	90 min	Dauerbegleitung	E	1		bg, rkö	Pflegefachkräfte	durchgeführt
14:30	Einzelbetreuung oder Kleinstgruppe	60 min	Dauerbegleitung	E	1		um, jh	Pflegefachkräfte	durchgeführt

Seite 3 von 45



5.2. Bsp.fall aus der Ki-Ju: MDK-Begründung

Diagnosen: F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Beurteilung:

Die Kasse fragt nach Abrechnung der korrekten PEPP. Vom Krakenhaus wurde die PEPP P002B abgerechnet.

Hauptdiagnose:

Die Hauptdiagnose F32.2 ist zutreffend, es kam zu einem schwersten Suizidversuch im Vorfeld der Aufnahme.

Nebendiagnosen:

Diese sind für die Abrechnung nicht von Relevanz, deshalb auch nicht näher zu prüfen.

OPS-Kodierung:

Abrechnungsrelevant ist vorrangig der OPS-Kode 9-671.54: *Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kinder- und Jugendlichen: Mehr als 18 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche*. Dieser Kode wurde ab dem 17.12.2013 angesetzt. Analysiert man nun die Klinikdokumentation bezüglich der erforderlichen Mindestmerkmale, so ist zunächst nicht belegt, dass eine Einzelbetreuung de facto nicht stattgefunden hat. Vielmehr ist im Kriseninterventionsprotokoll (Blätter 1-3) vermerkt, dass viertelstündiger Kontakt bei offener Tür zu erfolgen hatte. Des weiteren findet sich in den Unterlagen ein "Kontaktprotokoll", indem extra halbstündliche Kontakte dokumentiert sind. Diese halbstündlichen Kontakte fanden über einen Zeitraum von zumindest 5 Minuten statt, was dennoch einer Einzelbetreuung nicht gleichzusetzen ist mit kontinuierlicher Anwesenheit der betreuenden Person am Krankenbett. Auch ist ein weiteres Merkmal der OPS-Kodes, nämlich die tägliche ärztliche Untersuchung, hier nicht dokumentiert. Somit ist der Kode 9-671.54 nicht anzuerkennen und es ergibt sich nun die PEPP PK04B anstelle der von der Klinik abgerechneten PEPP P002B.

Ergebnis: Medizinische Voraussetzungen für die Leistung nicht erfüllt.

5.2. Bsp.fall aus der Psychiatrie: MDK-Begründung

Diagnosen: F25.2 Gemischte schizoaffektive Störung

Beurteilung:

Hauptdiagnose:

Die vom Krankenhaus gewählte HD F25.2 ist korrekt.

Nebendiagnosen:

Nicht abrechnungsrelevant.

OPS-Kodierung:

Beansprucht wird insgesamt an 13 Tagen ein erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen:

1:1-Betreuung - davon 3-malig in einem Zeitrahmen von 12 bis 18 Stunden, 7-malig in einem Zeitrahmen von < 18 Stunden, 3-malig im Zeitrahmen 2 bis 6 Stunden -.

Nach Durchsicht der Klinikdokumentation ist festzustellen: Bei keiner der genannten Kodierungen sind die Mindestmerkmale nachweislich erfüllt. Es finden sich entweder keine Aufzeichnungen zum psychopathologischen Befund an diesem Tag, keine ärztlichen Anordnungen bezüglich der 1:1-Betreuung oder keine entsprechenden Korrelate seitens des Pflegepersonals, aus denen sich die inhaltliche Umsetzung einer 1:1-Betreuung ergäbe. Es sind weder Zeitdaten für die 1:1-Betreuung markiert, noch Unterschriften der betreuenden Bezugsperson. Auch ist aus den Einträgen nicht ableitbar, dass die unmittelbare und kontinuierliche Betreuung am Patienten de facto erfolgt war. So ist die Verschiebung des Patientenbettes in die Sichtweite des Dienstzimmers ebenso wenig als 1:1-Betreuung zu werten wie die Nächtigung der Patientin im Fernsehraum. Somit ist eine Dokumentation, wie sie in Art und Inhalt einem Sitzwachenprotokoll entsprechen würde, nicht vorhanden.

Durch Streichung der genannten 13 1:1-Kodes ergibt sich die PEPP PA03B.

Notwendigkeit und Dauer:

Insgesamt langwieriger Behandlungsverlauf mit erforderlicher mehrfacher Medikamentenumstellung und Elektrokrampftherapie. Die vollstationäre Behandlung war im gesamten Zeitraum des Klinikaufenthaltes erforderlich gewesen, eine Fehlbelegung lag hier nicht vor.

Ergebnis: Medizinische Voraussetzungen für die Leistung nicht erfüllt.

5.2. Bsp.fall aus der Psychiatrie: MDK-Begründung für fehlende Mindestmerkmale Intensivbehandlung

Diagnosen: F03 Nicht näher bezeichnete Demenz

Beurteilung:

Die Krankenkasse lässt die Kodierung prüfen.

Kodierung:

Hauptdiagnose: Die vom Krankenhaus gewählte Hauptdiagnose , ICD-10 F03, ist korrekt.

Nebendiagnosen: Sind nicht abrechnungsrelevant, werden nicht diskutiert.

OPS-Kodierung: Abrechnungsrelevant sind primär die Codes OPS 9-640.-, *Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*. Grundsätzlich ist die vorliegende Dokumentation nicht geeignet um die OPS-Voraussetzungen zu belegen. Insbesondere bei der 1:1-Betreuung sind Informationen zu den beteiligten Personen, deren Ausbildung, Vergütung u.a. gefordert. Ferner kommt der *intensiven Beziehungsarbeit* im Rahmen der 1:1-Betreuung eine entscheidende Bedeutung bei. Auch dies ist anhand der Unterlagen nicht belegt. Die Dokumentationsabstände umfassen zum Teil mehrere Stunden, woran sich eine kontinuierliche Betreuung nicht ablesen lässt. Entsprechende Handzeichen sind ferner nicht zu zuzuordnen.

Bei Streichung des OPS 9-640.- ergibt sich eine Abrechnungsrelevanz für die gesetzten OPS-Kodes 9-616.-, *Intensivbehandlungen bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen*. Diese wurden am 21.03. und 28.03.2014 gesetzt. Jedoch sind die erforderlichen Mindestmerkmale zur Intensivbehandlung nicht erfüllt. Unter anderem wäre hier eine Teambesprechung gefordert, die in den Unterlagen nicht belegt ist.

Bei davon losgelöster Betrachtung der vorliegenden Intensivmerkmale, könnten für beide Perioden allenfalls bis zu 4 Intensivmerkmale - besondere Sicherungsmaßnahmen, schwere Antriebsstörung, keine eigenständige Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme sowie akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung - nachvollzogen werden.

Die weiteren vom Krankenhaus angesetzten OPS-Kodierungen sind nicht mehr abrechnungsrelevant.

Zusammengefasst führt die nachvollziehbare Kodierung in der Fachabteilung 2900 mit Hauptdiagnose F03 auf PA15B.

Ergebnis: Medizinische Voraussetzungen für die Leistung nicht erfüllt.

5.2. Problematik Prä-PEPP Fälle zu halten

Bei der Kodierung von Intensivmerkmalen und 1.1 Betreuung ergeben sich die Hindernisse die Doku zeitlich „deckungsgleich“, „plausibel und kongruent nachvollziehbar“ zu gewährleisten aus folgenden Gründen:

- Dokumentation im Behandlungsstatus (Diacos) als Regel- oder Intensivfall pro Tag inklusive Festlegung der Intensivmerkmalskriterien
 - Tägliche Einstufung der Betreuungsintensität (Diacos) (nur für Kalkulationsteilnahme - > InEK)
 - Dokumentation der minutiösen Begleitung des Patienten sowohl im Psych.Modul (Diacos) als auch auf dem Überwachungsprotokoll mit Handzeichen (Papier oder im KAS)
 - Dokumentation des Zwangsbogens (hier wird die Fixierzeit, aber keine Echtzeit angegeben)
 - Dokumentation in der Pflegekurve
 - tägliche ärztliche psychopath. Befunderhebung
 - Ärztliche Verlaufsdokumentation (KAS)
- > Irgend etwas passt zeitlich und inhaltlich nicht zusammen, weil die Doku im Eifer des Geschehens nicht unmittelbar, sondern Stunden später gemacht wird und dann zeitliche Ungereimtheiten entstehen oder Einträge verschiedener Personen nicht mehr zeitlich und inhaltlich deckungsgleich sind
- Im Prinzip müsste jemand parallel zum Geschehen mitlaufen und zeitgleich dokumentieren! Wir hoffen, dass mit Einführung der digitalen Patientenkurve MEONA im Jahr 2015 sich die Probleme durch Konzentration auf eine Dokumentationsebene etwas abmildern und vereinfachen lassen

5.3. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung - Gutachten des MDK mit „klassischer Ablehnung“

3. Hepatitis C

Gedächtnisprobleme beschrieben, Versagensängste, formales Denken etwas sprunghaft, teilweise verlangsamt imponierend. Aktuell keine Suizidgedanken, kein Anhalt für akute Fremdgefährdung. Im körperlichen Befund werden an Auffälligkeiten eine klopf-schmerzhaft Wirbelsäule beschrieben, krustige Narbe am Unterarm rechts mit Spalthaut, linkes Bein ab Knie amputiert. Der Abdomenbefund ist unauffällig, "Leber 2QF unter Rippenbogen", Labor inklusive Leberenzyme im Normbereich. Es wurde eine Entgiftung von Benzodiazepinen, Buprenorphin und THC mit mittelstarken bis starken Entzugssymptomatik durchgeführt, aufgrund starker Phantomschmerzen wurde Gabapentin 4 x 600 mg eidosiert, hierunter Besserung im Verlauf, die Entlassung erfolgte bei fehlender Eigen- und Fremdgefährdung. Nach erfolgreicher Entgiftung von Benzodiazepinen und Buprenorphin sowie stetig fallenden THC-Werten wurde bei Schlafstörungen 200 mg Quetiapin zur Nacht angesetzt. Am 10.01.2014 findet sich in der Verlaufsdokumentation der Eintrag, dass eine Edukation/Aufklärung hinsichtlich Hepatitis C-Infektion durchgeführt worden sei. Im sozialmedizinischen Gutachten MDK-Baden-Württemberg vom 26.03.2014 konnte die vom Krankenhaus kodierte Nebendiagnose B18.2 (Hepatitis C) nicht nachvollzogen werden. Hiergegen legte die behandelnde Klinik mit Schreiben vom 16.04.2014 Widerspruch ein. Da eine begleitende Hepatitis C bei der vorliegenden Suchterkrankung wesentlich für den weiteren Krankheitsverlauf des Patienten sei, werde die Edukation und Ausführung intensiv strukturiert und im Rahmen eines eigenständigen Gesprächstermins vorgenommen. Ein Aufwand im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinie PD003 sei damit gegeben.

Diagnosen: F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom

Beurteilung:

Die Kasse fragt, ob die korrekte PEPP abgerechnet wurde und ob die Nebendiagnose B18.2 Chronische Virushepatitis C korrekt ist. Die Klinik rechnet PEPP PA02A ab. Die Hauptdiagnose F19.2 kann aufgrund der vorliegenden Information gutachterlicherseits nachvollzogen werden. Aus den vorliegenden Unterlagen kann das Vorhandensein der Diagnose Hepatitis C als Nebendiagnose nicht nachvollzogen werden. Es ergeben sich **keine Hinweise**, dass hier bei Vorliegen einer Hepatitis C eine **entsprechende medizinische Behandlung** durchgeführt worden wäre. Bei anamnestischer Angabe des Vorliegens einer Hepatitis C sowie erfolgter Psychoedukation im Rahmen der bestehenden Suchterkrankung kann hier im Sinne der DKR-Psych die Nebendiagnose Z22.5 "Keimträger der Virus-Hepatitis (Inklusion Verdachtsfälle)" kodiert werden.

Die nachvollziehbare Kodierung bei Hauptdiagnose F19.2 und Nebendiagnose Z22.5 in der Fachabteilung 2900 führt auf PEPP PA02B. Weitere nicht abrechnungsrelevante ICD-/OPS-Kodes werden nicht diskutiert. Es ergeben sich somit, auch unter Berücksichtigung des Widerspruchsschreibens der Klinik vom 16.04.2014, keine neuen Erkenntnisse die zu einer abweichenden Beurteilung als im Vorgutachten führen würden.

Ergebnis: Medizinische Voraussetzungen für die Leistung nicht erfüllt.

Empfehlungen:

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung – 5.3. Hep.C - unser grundsätzlicher Widerspruch

anbei übersenden wir Ihnen exemplarisch Kopien unseres ausführlichen Schulungsmaterials für die strukturierte Edukation und Aufklärung im Rahmen mehrerer eigenständiger Gesprächstermine während des stationären/teilstationären Aufenthaltes. Das Material wird in unserem Hause auf allen psychiatrischen Stationen und Tageskliniken verwandt.

Das Schulungsmaterial wird mit dem Patienten durchgegangen; er wird ausführlich aufgeklärt und für eine Abstinenz motiviert. Bei Bedarf werden diese Unterlagen auch ausgedruckt und mitgegeben. Dies ist im Sinne eines therapeutischen Gesprächs zu werten. Bei den betroffenen Patienten ist dies ein wesentlicher Teil der leitliniengemäßen Behandlung: Schaffung der Voraussetzung und Motivation für eine medikamentöse Behandlung der Hepatitis C nach entsprechender Abstinenz.

Nach PD003 Nebendiagnosen gilt:

Die Nebendiagnose ist definiert als:

„Eine Krankheit bzw. Störung oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der

Universitätsklinikum Tübingen
Anstalt des öffentlichen Rechts
Stitz Tübingen
Geisweg 3 • 72076 Tübingen
Tel. 07071/29-0
www.medizin.uni-tuebingen.de
Steuer-Nr.: 86126/09402
USt-ID: DE 146 889 674

Aufsichtsrat
Harimut Schrade (Vorsitzender)
Vorstand
Prof. Dr. Michael Bamberg (Vorsitzender)
Gabriele Sonntag (Stellv. Vorsitzende)
Prof. Dr. Karl Ulrich Bartz-Schmidt
Prof. Dr. Ingo B. Autenrieth
Jana Luntz

Baden-Württembergische Bank Stuttgart
BLZ 600 501 01 Konto-Nr. 7477 5037 93
IBAN: DE 41 6005 0101 7477 5037 93
BIC (SWIFT-Code): SOLADEST600
Kreissparkasse Tübingen
BLZ 641 500 20 Konto-Nr. 14 144
IBAN: DE 79 6415 0020 0000 0141 44
BIC (SWIFT-Code): SOLADEST1TUB

Seite 1 von 2

Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt."

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten bzw. Störungen interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Eindeutig ist daher in diesen Konstellationen ein Ressourcenverbrauch entsprechend den Regelungen der Kodierrichtlinie festzustellen.

In den konkreten Einzelfällen werden wir uns im Nachweis des Ressourcenverbrauchs bei der Nebendiagnose „Hepatitis C“ auf das vorliegende Schreiben beziehen, um nicht in den Einzelfällen jeweils das umfängliche Schulungsmaterial zusenden zu müssen. Wir bitten höflich um die Weitergabe an Ihre begutachtenden Kollegen.

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung – 5.3. Hep.C

Antwortschreiben der Kasse

Datum: 13.06.2014

Kodierung der ND Hepatitis C – Nachweis des Ressourcenverbrauches
Ihr Schreiben vom 23.05.2014

Sehr geehrte Frau Preute-Hilbeck,

wir haben den Sachverhalt erneut geprüft und schließen uns weiterhin der Bewertung des MDKs an.

In der PD003c Nebendiagnosen heißt es:

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten bzw. Störungen interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand.

Aus unserer Sicht liegt ein Ressourcenverbrauch für die Virushepatitis nicht vor, da das therapeutische Gespräch im Rahmen der bestehenden Suchterkrankung durchgeführt wurde. Eine medizinische Behandlung der Virushepatitis ist nach unseren Informationen nicht erfolgt.

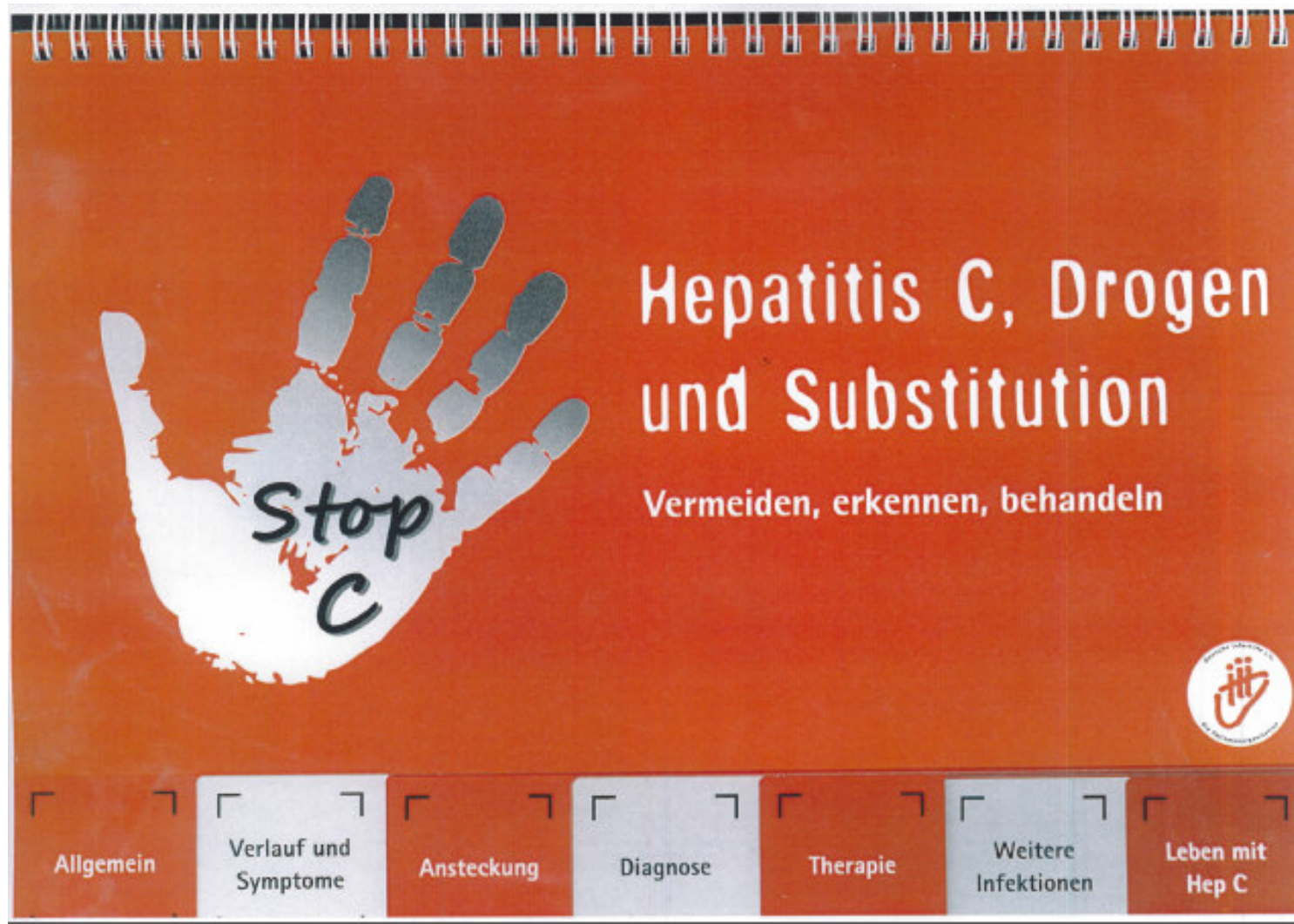
Das therapeutische Gespräch kann in der Abrechnung mit dem entsprechenden OPS-Kode abgebildet werden. Die Virushepatitis kann als Nebendiagnose Z22.5 „Keimträger der Virushepatitis“ kodiert werden.

Wir bitten Sie, in den betreffenden Fällen die Rechnungskorrektur entsprechend den MDK-Gutachten vorzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung – 5.3. Hep.C

Schulungsmaterial 25 seitiger Aufsteller, für Hep.C Aufklärungsschulung mit Patienten



5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung – 5.3. Hep.C

Patientenschulung zum Thema: "Stopp C"

Hepatitis C, Drogen und Substitution. Vermeiden, erkennen, behandeln

nach dem Schulungsmaterial "Stopp C" der deutschen Leberhilfe e.V.

Datum:	Unterschrift Patient:	Unterschrift Behandler:

Trotz Nachweis der Schulung, d.h. Nachweis des Ressourcenverbrauchs mit dieser Liste, bislang kein pos. Gutachten.

Die Kasse klärt diese Thematik noch mit der Hauptverwaltung! Eine Medikamentengabe würde problemlos akzeptiert werden und den höheren Split begründen!

5. Strittige Problemfelder: 5.3. Hep.C -> Antwortschreiben der Kasse

Datum: 13.10.2014

Kodierung der Nebendiagnose Hepatitis C - Nachweis des Ressourcenverbrauches

Sehr geehrte Frau Preute-Hilbeck,

seit längerer Zeit tauschen wir uns zur Kodierung der Nebendiagnose Hepatitis C aus.

Wir haben den Sachverhalt erneut sowohl intern, als auch mit dem MDK, geprüft und schließen uns weiterhin der Bewertung des MDKs an.

Die Kodierung einer Nebendiagnose muss durch einen entsprechenden Ressourcenverbrauch belegt sein. Dieser ist für uns in den strittigen Fällen nicht erkennbar bzw. nicht nachgewiesen.

Wir bitten Sie, uns in den Fällen, die noch nicht korrigiert wurden, eine entsprechende Rechnungskorrektur zukommen zu lassen.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung

4. Tübinger Modell – TüMo (kurze Zusammenfassung für die Kasse)

Bei der klassischen Sucht-Reha-Behandlung geht es um eine reine Suchtbehandlung für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, die keine gravierenden psychiatrischen Diagnosen haben. Ziel der Reha-Behandlung ist die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben durch Abstinenzsicherung.

Im Tübinger Modell finden Menschen ein Behandlungsangebot, die neben einer behandlungsbedürftigen Suchtdiagnose auch eine gleichzeitig behandlungsbedürftige psychiatrische Diagnose haben. Dieses Patientengut findet "normalerweise" deshalb mehrheitlich auch keinen Zugang zur klassischen Reha-Behandlung. Bei der Reha-Behandlung ist eine behandlungsbedürftige psychiatrische Diagnose eher ein Ausschlusskriterium. Zudem ist die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben bei diesen Patienten eher das Fern- als Nahziel, viele der davon betroffenen Patienten stehen dem Arbeitsmarkt nur noch sehr eingeschränkt zur Verfügung. Diese Patienten kommen zu uns auf Grund einer akuten Behandlungsbedürftigkeit und nicht wegen einer von langer Hand geplanten Reha-Maßnahme.

Die Behandlung der Komorbidität erfordert fachlich auch eine Vorhaltung von Psychiatern **und** Suchtmediziner, was im Gegensatz zur Reha-Behandlung steht, bei der eher Sucht- und Reha-Medizin im Vordergrund steht.

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung – 5.4. TüMo

- Der Kasse wurden umfangreiche wissenschaftliche Wirksamkeitsstudiennachweise des Tübinger Modells zur Verfügung gestellt.
- Die Hauptverwaltung prüft noch!

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung

5.5. Sucht-Tagesklinik Wochenenden

- Die Wochenenden werden in der Sucht-TK durch Kontakte auf der Suchtstation kompensiert, d.h. Atemalkoholkontrollen, Visite und ergotherapeutische Tagesstrukturierung fangen das „Wochenendloch“ ab
- Nach längerer Beratung akzeptiert die Kasse nun, dass eine Behandlung in der Sucht-TK nicht 5 sondern 7 Behandlungstage hat!

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung

5.6. QE-Kode 9-700.- Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

- **Leitlinienbasiertes standardisiertes suchtmedizinisches und soziales Assessment** -> Nachweise wurden gefordert. Umfangreiche Materialien eingesandt, Entscheidung steht noch aus!

5. Strittige Problemfelder in der MDK-Bearbeitung

5.7. prä-interventioneller EKT-Tag

- In bereits zwei Gutachten wurde der prä-interventionelle Tag vor Erhaltungs-EKT gestrichen, die nötigen Tests und Untersuchungen hätten auch ambulant erbracht werden können.
- Die Unschärfen des ZP werden für Kürzungspotenzial genutzt.
- Wir werden im Vorschlagsverfahren den prä-interventionellen Tag bei EKT beantragen als zum ZP für EKT dazu gehörig.

6. Absprachen mit Kostenträgern

- › Einige Kassen verlangen keine Verlängerungsanträge nach PEPP-Umstellung mehr
- › Analog zum DRG-System werden rückwirkend MDK Überprüfungen angefordert
- › Kostenrisiko für die Kliniken ist gestiegen!! (insbesondere bei Langliegern / KiJu-Fällen)
- › Deshalb Vereinbarung mit der AOK wegen „Zwischenprüfungen“ bei Langliegern nach 3-4 Monaten getroffen. Bislang diesbezügl. positive Erfahrungen, aber extrem zeitintensive Vorbereitung der Fallkonferenzen mit dem Sozialdienst der AOK. Keine Zeitersparnis zu Verlängerungsanträgen
- › Gespräche gehen weiter mit Kassen und MDK

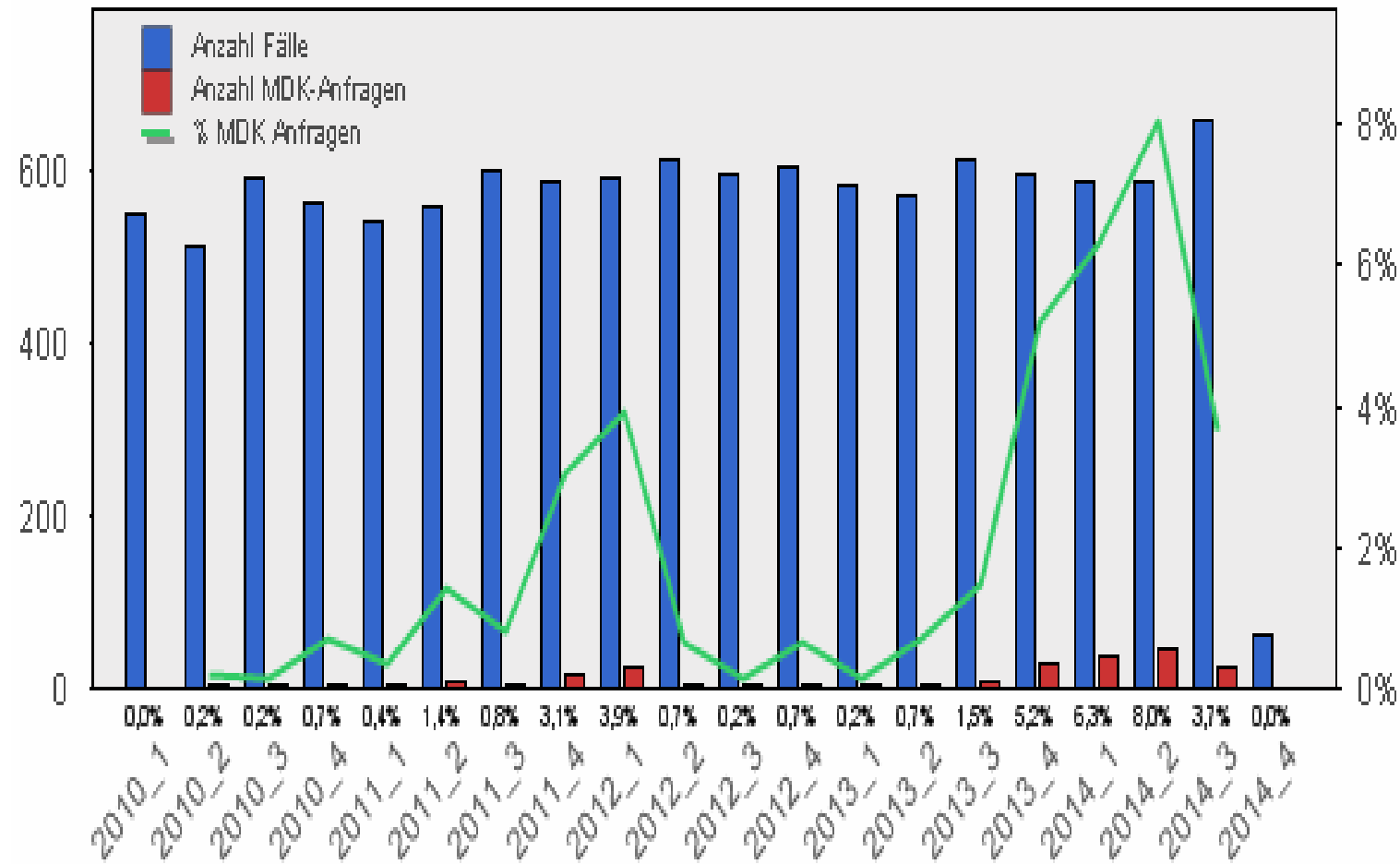
7. Auswirkungen auf den Alltag

Durch die hohe Anzahl der negativen MDK-Gutachten ist das Personal der Kliniken:

- Höchst frustriert
- Völlig desillusioniert, was irgend welche „Vorteile“ des PEPP-Entgeltsystems hätte bringen können. Es gibt quasi keine Gutachten, die auf unseren Vorteil hinweisen würden.
- hochgradig genervt von endloser Dokumentation, die doch selten ausreichend ist, um höhere Splits in den Fällen halten zu können
- frustriert, weil die Argumentation „zerpflückt“, „verdreht“ und gezielt „defizitär“ wiederholt wird, fühlen sich einige Ärzte persönlich in ihrer Kompetenz angegriffen, weil sie diese Form der Begutachtung aus dem DRG-Bereich nicht genügend kennen.
- Hält Zynismus und Desinteresse dem PEPP-System gegenüber ein, es wird nur noch als „Einsparinstrumentarium“ erlebt.

7. MDK-Prüfquotenanstieg in der Psychiatrie: 2.

Quartal 2014 Prüfquote Psych. 8 % (gesamt UKT 10,5%)



8. Fazit: Rückblick 1 Jahr Optionsphase

Statement des Universitätsklinikums Tübingen zum derzeitigen Stand PEPP-Entgeltsystem nach einem Jahr Optionsphase – Stand September 2014-09-23

Komplexität geht hauptsächlich zu Lasten der KH

Komplexität durch Klassifizierung (OPS Codes mit seitenlangen Definitionen)

Komplexität durch unzureichende gesetzliche und systematische Rahmenbedingungen: tagesbezogenes Entgeltsystem mit fallbezogenem Instrumentarium (Grouper; Abrechnungsregeln mit Fallzusammenführung)

Bsp aus der Praxis: Abrechnung eines Falles mit BEW Wechsel (z.B. Jahresüberlieger; Änderungen BEW nach BV => es gibt Fälle, bei denen im selben Fall bis zu 3 verschiedene BEW abzurechnen sind, welches KIS kann das?)

Ziel Verursachungsgerechte Abbildung des Aufwandes und dementsprechende Vergütung

Hoher Anteil an Fixkosten, durch Vorhaltekosten von Personal und Infrastruktur, die zur Patientenversorgung benötigt wird. Tagesdifferenzierter Aufwand durch hohen Anteil an Gemeinkosten nicht wirklich abbildbar.

Sehr viel Aufwand durch PEPP System (hauptsächlich getragen durch KH) ohne erkennbaren Nutzen.

Schwierigkeiten bei der Abbildung vom Aufwand führen im Nachgang oft zu Schwierigkeiten bei der Abrechnung gegenüber den Kassen und somit vermehrt MDK Prüfungen. Bislang kein einziger Prä-PEPP Fall durch MDK bestätigt worden, da OPS zu unscharf und Deutungshoheit des MDK zu groß!

8. Fazit

Leider ist genau das eingetroffen, was befürchtet wurde:

- › Durch die konkreten Vorgaben des PEPP-Systems und die damit verbundene Dokumentation wird der Fall nicht mehr als Ganzes gesehen, sondern in Kleinstteile zerlegt, bei denen dann gekürzt werden kann. Behandlungskonzepte werden nicht als ganze und Erfolg bringende Einheit verstanden.
- › Aktuell besprechen wir die vorne erwähnten Themen mit der Kasse in regelmäßigen Treffen, versuchen Konzepte zu erklären, liefern auf Wunsch der Hauptverwaltung „wissenschaftlich fundierte Belege“ dafür und hoffen, dass auf Kostenträgerebene hier eine Einigung und Verständnis erzielt werden kann.
- › In der Hoffnung, dass das PEPP-System nicht den gesunden Menschenverstand abschafft, arbeiten wir aktiv an der Verbesserung des Systems in diversen Gremien und AGs mit!



Universitätsklinikum Tübingen

**Kompetenz
mit Herz**

www.uniklinikum-tuebingen.de

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!