

Umgang mit MdK Prüfungen

Vorstand der BAG
Renate Schepker

Erklärung z. Interessenkonflikt Schepker



In den letzten 5 Jahren

- Keine industriefinanzierte Forschung (aktuell: Landesmittel BaWü, Bundesmittel BMAS; Uni Ulm)
- Seit 2009 kein Pharmasponsoring von Veranstaltungen - Vortragshonorare von Universitäten, Ministerien, Kliniken, Instituten
- keine Boards, keine Aktien
- Vorstandsmitglied DGKJP, Stellv. Vorsitzende BAG KJPP
- Mitglied der Geschäftsleitung des ZfP Südwestfalen
- Gemeinsame Fachliche Leitung Weissenau-Calw
- Verhandlungsführerin der KJPP-Verbände bei DIMDI und InEK



renate.schepker@zfp-zentrum.de



2 Zugänge

1. MdK – Stichtagserhebung
2. MdK – Einzelfallprüfung (NEU)

MdK-Stichtagsprüfung n. § 17c KHG

- Grundgedanke: Grundlagen der Pflegesatzverhandlungen (Psych-PV-Ansprüche, basierend auf der Erhebung der Psych-PV-Verteilung an den 4 Stichtagen) im Interesse der KK hinterfragen
- Erfahrungen zu Ergebnissen: ca. 10-20 % Rückstufungen von Intensivpatienten KJ3 auf KJ2; ca. 3 % Höherstufungen; 2 % Umstufungen KJ1 auf KJ2

Ablauf

- MdK Kollegen kommen ins Haus
- Sichten Patientenakten zum Stichtag
- Prüfen Eingruppierung anhand der Dokumentation
- Abschließende Diskussion von Einzelfällen mit CÄ, die vorher als Liste bekannt gegeben werden

Regeln 1

- Es gelten die alten Merkmale für Intensivpatienten nach KJ3, nicht die 2010 vereinbarten /OPS-Intensivkode-Merkmale!
-> d.h. auch kein Vorteil durch „Drogen-Entzug“
- An Umstufung KJ1 nach KJ2 (oder auch KJ3) am 14. Geburtstag während Behandlung immer denken (Kontrolle an jedem Stichtag!)
- Dokumentation der Intensivpflichtigkeit an Stichtagen und je 1 Tag davor und danach!

Regeln 2

- Bei KJ3-Patienten wird ein ärztlicher Eintrag mindestens täglich erwartet
- Psychotische Patienten müssen deutliche Symptomatik zeigen /unberechenbar sein (und nicht nur nichts über sich sagen wollen)
- Drogenentzugssymptomatik-Monitoring und andere Beobachtungsbögen führen vorlegen
- Fortschritte und Ressourcen parallelisieren mit Pathologie

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel
KJ 3 Jugendpsyc- hiatrische Intensivbe- handlung	Psychisch kranke Jugendliche und psychosozial retardierte Heran- wachsende, manifest selbstgefährdet, vital gefährdet, fremdgefährdend, hochgradig erregt	Diagnostik und medizi- nische Grundversor- gung; eng strukturierte Betreuung (evtl. frei- heitsentziehende Maß- nahmen); Krisenbewältigung; Elternberatung; Familietherapie; Phar- makotherapie; Einzel- therapie; überwiegend stationsgebundene Therapieangebote	Intensivbehandlung nach Behandlungsbereich KJ 3 ist bei Jugendlichen und psychosozial retardierten Heranwachsenden erforderlich, wenn sie beispielsweise „ manifest selbst-gefährdet “ sind. Das bedeutet: Die Patienten sind nicht bindungsfähig oder ihr Verhalten ist nicht vorhersehbar ; sie sind krankheitsbedingt nicht in der Lage, auch nur für kurze Zeit für sich Verantwortung zu übernehmen , so dass sie eine intensive Betreuung benötigen. Die Patienten von Behandlungsbereich KJ 3 sind so schwer krank, dass sie in der Regel nur einzelfallbezogen behandelt werden können. Auch bei somatischer Vitalgefährdung ist der diagnostische und therapeutische Aufwand sehr hoch. Patienten des Behandlungsbereichs KJ 3, die ihrer Behandlung nicht zustimmen, müssen zumeist vormundschaftsgerichtlich oder nach den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer untergebracht werden. Die Intensität der Behandlung muss aus der Dokumentation ersichtlich sein. Die Behandlung im Behandlungsbereich KJ 3 ist in der Regel eine Durchgangsphase , meist in Richtung auf Behandlungsbereich KJ 2. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene oder aus dem außerstationären Bereich heraus notwendig werden.

Originaltext Psych-PV (1.-3.) und Erläuterungen, Anhang zur Psych-PV (4.)

MdK-Einzelfall-Prüfungen nach § 275 c (1) SGB V



NEU ab 1.1.2015



(für alle danach aufgenommenen Patienten)

Vereinbarung

**über das Nähere zum Prüfverfahren
nach § 275 Absatz 1c SGB V
(Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV)
gemäß § 17c Absatz 2 KHG**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

Vorgehen: Stufe 1

Kasse (ohne MdK) prüft die Daten nach § 301Abs. 12 SGB V, d.h.

- Aufnahmegrund, Aufnahmediagnose, Wohnort, Alter, Geschlecht
- Vorauss. Dauer
- Medizinische Begründung für Verlängerung (aufpassen!)
- **Datum und Art von OPS-Prozeduren**
 - Erfüllen der Mindestvoraussetzungen für Prozeduren
 - Z.B. 15 Minuten Arzt/Psychologe pro Woche plus 15 Min PED oder Fachtherapie
- Vollständigkeit der Angaben
- Ggfs. werden Erläuterungen angefordert

KK kann auch direkt den MdK beauftragen

Vorgehen: Stufe 1a)

KK teilt dem KH Einleitung des Prüfverfahrens mit (Datum des Eingangs der Mitteilung gilt).

„Vorverfahren“ vor MdK-Prüfung:

- Möglichkeit zu korrigierten / ergänzten Datensätzen innerhalb von 6 Wochen, Storno Rechnung, neuer Rechnungsbetrag wird übermittelt (KH-Verwaltung)
- KH oder KK können zu freiwilligem „Falldialog“ (schriftlich, telefonisch, mündlich möglich) **auffordern bzgl. der Datensätze** (Schweigepflicht beachten!)
- KK entscheidet ob Begutachtung durch MdK entfallen kann
- Datensätze können dabei noch korrigiert werden (Verwaltg.)
- Endet nach 12 Wochen sofern nicht anders vereinbart, idR. nach 2 Wochen

Regeln

- Auf dieser Stufe können Berichtseinträge, TE, Visitendoku etc. (z.B. Anordnung weiterer Sicherungsstufen) noch nachgetragen werden

Fallen:

- KK haben bereits alle OPS-Leistungen im Datenfile bekommen!
- „Multiprofessionelle Teambesprechung“ im Kode erfordert je nach MdK 2-3-4 Berufsgruppen (OPS-Änderungsantrag erforderlich)

Vorgehen Stufe 2

- MdK eingeschaltet, wenn
- med. Angaben nach § 301 SGB V bzw. Kurzbericht nicht ausreichen
- Zweifel an Voraussetzung, Art oder Umfang der Leistungserbringung

oder

- Auffälligkeiten in Bezug auf eine ordnungsgemäße Abrechnung

Folge: MDK erstellt gutachterliche medizinische
Stellungnahme auf Veranlassung der KK

- in der Regel nach Aktenlage (soz-med. Fallberatung)
 - fakultativ: Besprechung mit Krankenhausarzt
- Krankenhausverwaltung ist idR außen vor

MdK prüft alles, auch die Gehälter der Beteiligten....

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 bzgl. 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.
Nachweise zu Nebendiagnose(n):
Überwachungsbogen
Laborbefund(e)
Urikult/Drogenscreening

MdK :
formularmäßig
vorbereitet

(hier: in 12/14
vorgelegtes
Anforderungsblatt)

Vorgehen Stufe 3

- MDK kann nach § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V weitere "Sozialdaten" vom KrH anfordern, soweit dies für die gutachterliche Prüfung/Stellungnahme erforderlich ist.
 - Voraus.: Medizin. Sachverhalt ist (noch) nicht ausreichend geklärt!
 - Daraus folgt für KK/MDK: Begründungspflicht!
 - Daraus folgt für KrH: Herausgabepflicht, bestimmt d. KK-Prüfauftrag
- MDK kann/soll Patienten **aufsuchen** und begutachten bzw. Unterlagen im Krankenhaus sichten (§ 276 Abs. 4 SGB V)
- ggf. weitere Konkretisierung durch Landesrecht

Bedingungen und Fristen!

Auffälligkeiten und Prüfgrund sind innerhalb von 6 Wochen nach Einleitung PrüfV konkret mitzuteilen (auch Beauftragung des MdK!)

- Nach Falldialog ggfs. neue Rechnung binnen 4 Wochen
- **Unterlagen für MdK müssen innerhalb von 4 Wochen** nach Zugang der Anforderung **beim MdK sein** (ggf. Schadensersatzpflicht Therapeuten...)

MdK darf **alles** prüfen, Unterlagen **sind** zu übermitteln, Prüfgrund ist aber seitens des MdK mitzuteilen (Plausi-check! Schweigepflicht)

Übersendung der Unterlagen an MdK soll „in geeigneter elektronischer Form“ erfolgen können (ab 1.7.15 – noch nicht vereinbart)

Ergänzung und **Korrektur ist einmal** – innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des Verfahrens - möglich, MdK muss sie berücksichtigen

Verfahren muss **innerhalb von 9 Monaten abgeschlossen** sein – KK entscheidet , hat Mitteilungspflicht (neu).

Beispiele für „Auffälligkeiten“

(BSG-Rechtsprechung)



- Patienten **Montagsmorgens entlassen**
- Diagnosen falsch kodiert (z.B. nur F 90.0)
- Wiederaufnahme am Tag nach Entlassung
- Stationäre Aufnahme für ambulant mögliche Maßnahme ohne Begründung (z.B. HAWIK)
- **Lange VD ohne entsprechende Haupt- oder Nebendiagnose (einschließlich somatischer Diagnosen, T-, Z-Diagnosen)**

Fallen

- Zu lange Zeitdauer für Voruntersuchungen vor Medikation / Entscheidung (z.B. Latenz bis Elternentscheidung nicht dokumentiert – ggf Aufklärungsbögen mitschicken)
- Ausschließlich „Warten auf Jugendhilfeentscheidung – Platzierung“ (Patient/in muss weiter krank sein und Therapieziele haben)
- Keine Leistungen am Entlassungstag – wird gestrichen

Aktenführung unter MdK- Sozialgerichtskriterien

- Alle Diagnosen, auch somatische und T-Z stellen
- Wöchentliche Mindestmerkmale überprüfen
- Übereinstimmung Doku und Visiten ?
- Übereinstimmung Doku und OPS-TE ?
- Doku PED und Fachtherapien vollständig ?
- Ggfs. Krisen in Doku inhaltlich aufgenommen?
- Medikationsstrategie und ggfs. Wechsel!
- Entlassmanagement dokumentiert?
- Beobachtungsbögen ggfs. eingescannt/zugefügt?

Diskussion und Fragen

