



Kodieren aus Sicht des MDK Berlin-Brandenburg e. V.

→ Prüfen der sachgerechten Kodierung

Gliederung (I)

- Gesetzliche Grundlagen für die Einzelfallprüfung
- Auftragsbezogene Einzelfallprüfung des MDK Berlin-Brandenburg e. V.
- Verfahren nach § 17 c KHG
- Ablauf der Einzelfallprüfung beim MDK Berlin-Brandenburg e. V.
- Struktur des MDK Berlin-Brandenburg e. V. für die Begutachtung im
Krankenhaus

Gliederung (II)

- Schwerpunktaufgaben der Gutachter im Team stationäre Versorgung
- Vorbereitungen des MDK Berlin-Brandenburg e. V. auf das DRG-Entgeltsystem
- Qualitätsmanagement in der DRG-Begutachtung
- Abbildung der Geriatrie im Fallpauschalenkatalog 2004
- Fazit

Gesetzliche Grundlagen für die Einzelfallprüfung im Krankenhaus 2003

- Landesverträge nach § 112 SGB V in Verbindung mit §§ 275 und 276 SGB V
- Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.04.2002
- Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV 2003) und DRG-Fallpauschalenkatalog 2003
- Fallpauschalenänderungsgesetz
- § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Änderungsfassung ab 01.01.2003)

SGB V § 275 Begutachtung und Beratung

(I) Die Krankenkassen sind ... verpflichtet, ... bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung

...

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen.

Gesetzliche Grundlagen für die Einzelfallprüfung im Krankenhaus 2004

Neue Grundlagen in 2004

- DKR 2004
 - ICD-10-GM ("German Modification") Version 2004
 - OPS-301 Version 2004
- } Definitionshandbuch
G-DRG Version 2003/2004
- Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV 2004) und neuer G-DRG-FP-Katalog-Version 2004 vom 13.10.2003
 - Neuer Vertrag nach § 115 b SGB V ab 01.01.2004

Auftragsbezogene Einzelfallprüfung des MDK Berlin-Brandenburg e. V. (2003)

- Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung
- Sachgerechte Zuordnung der Krankenhausleistung(en) zu Fallpauschalen und Sonderentgelten gemäß BpflV
- Sachgerechte Kodierung von Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Prozeduren
- Überschreitung der oberen Grenzverweildauer
- Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer
- Vorzeitige Entlassung/Verlegung
- Wiederaufnahme wegen Komplikationen § 8 (5) KHEntgG

Auftragsbezogene Einzelfallprüfung des MDK Berlin-Brandenburg e. V. (2004)

Zusätzlich zu den auf der vorhergehenden Folie aufgelisteten Prüfaufträgen

- Rückverlegung
- Wiederaufnahme (§ 2 KFPV)
- Andere Entgeltarten
 - § 5 Zusatzentgelte (z.B. ZE 01 Hämodialyse)
 - § 6 teilstationäre Leistungen (krankenhausindividuelle Entgelte)
 - § 7 sonstige Entgeltarten (krankenhausindividuelle Entgelte)
- Zusammenhangsfragen

Verfahren nach § 17 c KHG

Das Verfahren nach § 17 c KHG ist in Berlin und im Land Brandenburg noch nicht festgelegt (Schlichtungsausschuss)

Die Rahmenempfehlung auf Bundesebene ist in Verhandlung.

Der MDK Berlin-Brandenburg e. V. ist auf der Bundes- und Landesebene in die inhaltliche Diskussion mit einbezogen.

Folge: Derzeit sind die Prüfaufträge nach § 17 c KHG (Anzahl, Inhalte) noch nicht absehbar.

Pilotprojekte zum § 17c KHG fanden in Berlin und Brandenburg noch nicht statt. Die praktischen Erfahrungen anderer MDK werden bei der Vorbereitung genutzt.

Ablauf der Einzelfallprüfung beim MDK Berlin-Brandenburg e. V.

1. Eingang eines Auftrages durch die Krankenkasse mit
 - . Fragestellung
 - . Datensatz nach § 301 SGB V und Angabe der vom Krankenhaus abgerechneten DRG
 - . Ergänzende Angaben
2. Abforderung ergänzender Behandlungsunterlagen vom Krankenhaus gemäß § 276 Abs. 2 SGB V
3. Gutachten nach Aktenlage

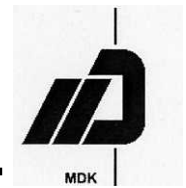
4. Begehung mit Einsicht in die Krankenhausunterlagen

Fallgespräch bei

- . Dokumentationslücken
- . Fragen zum medizinischen Sachverhalt
- . Zweifel zur Notwendigkeit und Dauer
- . Zweifel im Zusammenhang mit Kodierungsfragen
- . Gutachten nach Begehung mit zeitgleichem Versand des Begehungsgutachtens an die Krankenkasse und das Krankenhaus

Struktur des MDK Berlin-Brandenburg e. V. für die Begutachtung im Krankenhaus

- In Berlin und Brandenburg 9 Leitstellen
- Jeder Leitstelle ist ein Team stationäre Versorgung zugeordnet
- Jedes Team stationäre Versorgung besteht aus 6 bis 10 ärztlichen GutachterInnen und 4 bis 8 Verwaltungskräften
- Jedem Team sind standortbezogen die Krankenhäuser zugeordnet



Schwerpunktaufgaben der Gutachter im Team stationäre Versorgung

- Beratung der Krankenkassen zu Grundsatzfragen der Krankenhausbehandlung
- Sozialmedizinische Fallberatung in der Einzelfallbegutachtung
- Einzelfallbegutachtung nach Aktenlage und nach Krankenhausbegehung
- Stichprobenprüfung

Vorbereitung des MDK Berlin-Brandenburg e. V. auf das DRG-Entgeltsystem (I)

- Schulungen aller Gutachter im Team stationäre Versorgung
 - Gesetzliche Grundlagen
 - KFPV
 - DKR
 - Umgang mit den Klassifikationssystemen (ICD 10 und OPS)

Qualitätsmanagement in der DRG-Begutachtung

1. Regelmäßige Schulungen aller Gutachter - fortlaufend
2. Einheitliche Prozessabläufe in beiden Bundesländern
3. Prüfprogramm mit zertifiziertem Grouper
4. Verknüpfung dieses Programms mit den jeweils gültigen Klassifikationssystemen und den Kodierrichtlinien
5. Qualitätskontrolle durch ein Review der Begutachtungsergebnisse

6. Vierwöchentlich tagt die interne Arbeitsgruppe DRG (fachlich, inhaltlich)
7. Regelmäßige Kommunikation auf verschiedenen Ebenen MDK-intern
 - Multiplikator (Mitglied der Arbeitsgruppe) und Kollegen im gleichen Team
 - Reviewer und Gutachter
 - Arbeitsgruppe (Fallkonferenzen, exemplarische Grundsatzfragen)
8. Zusammenarbeit in der MDK-Gemeinschaft in Form von SEG (sozialmedizinische Expertengruppe)

Abbildung der Geriatrie im Fallpauschalenkatalog 2004

- MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems
- MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
- MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
- MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
- MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
- MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

DRGs zur Vergütung der geriatrischen Komplexbehandlung

2004 stehen insgesamt 15 zur Verfügung, davon

7 andere Partitionen

8 operative Partitionen

Die obere Grenzverweildauer beträgt

27 - 40 Tage für die andere Partition

41 - 56 Tage für die operative Partition

Die DRG K01A "Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikation mit Frührehabilitation und geriatrischer Komplexbehandlung" wird nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergütet.

→ Entgelt nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG

Voraussetzung für die Gruppierung in eine der vorangegangenen DRGs

→ OPS 8-550

Der OPS 8-550 "Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung" ist durch folgende Mindestmerkmale gekennzeichnet

- Rehteam unter fachärztlicher Anleitung
- Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens fünf Bereichen
 - . Mobilität
 - . Selbsthilfefähigkeit
 - . Kognition
 - . Emotion
 - . Soziale Versorgung

- Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung
- Therapeutische Pflege durch Fachpersonal
- Einsatz von mindestens zwei Therapeutengruppen
 - . Physiotherapie
 - . Ergotherapie
 - . Logopädie
 - . Neuropsychologie
 - . Physikalische Therapie

5-steller des OPS 8-550

8-550.0 Kurzbehandlung

mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-550.1 Regelbehandlung

mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-550.2 Langzeitbehandlung

mindestens 21 Behandlungstage

Festlegung der Hauptdiagnose nach DKR

- Definition: "Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist"
→ Erfolgt nach Abschluss der Behandlung, Festlegung der Hauptdiagnose rückblickend

Die Kodierregel D002c Hauptdiagnose umfasst allein 7 Seiten und erläutert außer der Definition u.a.

- Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit
- Schlüsselnummer für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände
- Akute und chronische Krankheiten
- Zwei mögliche (oder mehr) Hauptdiagnosen
- Restzustand/ Folgezustände

Festlegung der Nebendiagnosen nach DKR

Definition: "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt".

Beeinflussung des Patientenmanagements durch

- . Therapeutische Maßnahmen
- . Diagnostische Maßnahmen

Erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Die geriatrietypische Multimorbidität wird durch die Nebendiagnosen ausgewiesen

Abrechnung von teilstationären Leistungen (KFPV2004, § 6)

- Teilstationäre Leistungen sind krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 KHEntgG
- Diese werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart
- Keine zusätzliche Abrechnung innerhalb der OGVD einer zuvor abrechenbaren Fallpauschale (Ausnahmen: Leistungen der Onkologie, Schmerztherapie und Behandlung von HIV-Patienten)

Fazit

- Die Geriatrie wird im Fallpauschalenkatalog abgebildet
- Die Prüfung der sachgerechten Kodierung folgt den gleichen Regeln wie die Kodierung durch das Krankenhaus
- Eine vollständige Dokumentation aller gruppierungsrelevanten Sachverhalte ist die beste Voraussetzung für die Anwendung der DKR
 - Insbesondere die vollständige Erfassung der Mindestmerkmale wird das Anerkennen des OPS 8-550 entscheidend sein