



Prüfungsaktivitäten der Kassen & des MDK: Erfahrungen in der Charité

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Mannheim 27.11.2008

Dr. Sven Lück

**Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
der Charité, kommissarischer Leiter**

Prof. Dr. M. Gross

▶ Erfahrungen an der Charité

▶ Vortragsinhalte

▶ **Allgemeines**

Gesetzliche Grundlagen

- ▶ Berliner Landesvereinbarung §112 SGB V
- ▶ Einzelfallprüfung n. §275ff SGB V
- ▶ §115b (ambulantes Operieren)
- ▶ G-AEP
- ▶ Charité-spezifische Bearbeitung

▶ **Kassennachfragen**

- ▶ Prüfquote
- ▶ Prüfungsgründe
- ▶ Erlöseinbuße bei sekundärer Fehlbelegung
- ▶ Sonstiges

▶ **Fazit**

▶ Erfahrungen an der Charité

▶▶ Gesetzliche Grundlagen

▶ **§112 SGB V Landesvereinbarung (aus 1994)**

- ▶ Initial Kurzberichts-anforderung (Anm. Inzwischen unüblich)
- ▶ Bei Fehlbelegungsfrage: Hausbegehung zur Akteneinsicht (= substantiierte Prüfung)

▶ **Einzelfallprüfung n. §275ff SGB V**

- ▶ Seit 1.4.07 Prüfungsanmeldung max. 6 Wochen nach Rechnungseingang
- ▶ Weiterhin keine Regelung zur Hausbegehung

▶ **§115b SGB V (Ambulantes Operieren)**

- ▶ 3.003 OPS-Kodes, die - allein durchgeführt - nicht zwingend in vollstationärer Behandlung erfolgen sollen

▶ G-AEP

▶▶ 35 konsentierete Kriterien (Spitzenverbände + DKG)

- ▶ A Schwere der Erkrankung 12 Kriterien
- ▶ B Intensität der Behandlung 5 Kriterien
- ▶ C Operation / Invasive Maßnahmen
(außer Notfallbehandlung) 2 Kriterien
- ▶ D Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder
krankenhausspezifischen Maßnahmen 6 Kriterien
- ▶ E Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit
Operationen oder anderen krankenhausspezifischen
Maßnahmen 6 Kriterien
- ▶ F Soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizinische
Versorgung der Patienten nicht möglich wäre in
Verbindung mit Operationen oder anderen
krankenhausspezifischen Maßnahmen 4 Kriterien

- ▶ G-AEP Kriterien nicht erfüllt vs. Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung trotzdem vorhanden

oder

- ▶ G-AEP Kriterien erfüllt vs. Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nicht gegeben
- ▶ Ärztliche Ermessen ausschlaggebend für Behandlungsentscheidung des KH-Arztes Beurteilungsentscheidung des MDK-Arztes
- ▶ Anm.: Override Option - diese Fälle sind extra zu begründen und zu dokumentieren
- ▶ **Anm.: In einzelnen Kliniken voraussichtlich bis zu 30%**



▶ G-AEP

▶ Klinikspezifischer Bogen: Pro und Kontra

Dokumentation von G-AEPs in der Klinik

▶ Mögliche Pro-Argumente

- ▶ Sicherheit bei MDK-Prüfungen
- ▶ Ärzte achten vermehrt auf die Aufnahmekriterien
- ▶ Fachspezifisch modifizierte Kriterien sinnhaft (z.B. Ophthalmologie, Dermatologie, Onkologie, **HNO**)
- ▶ Elektive Aufnahmen bei komplizierten Krankheitsbilder häufig
“override option“ notwendig

▶ Mögliche Kontra-Argumente:

- ▶ Dokumentation gesetzlich nicht verpflichtend -> unnötiger Mehraufwand
- ▶ „angekreuzte“ Kriterien werden trotzdem vom MDK geprüft
- ▶ wenig fachspezifisch (z.B. Replantation in der Frauenheilkunde oder Herzinfarkt in der Dermatologie als Aufnahmegrund)
- ▶ Einige Kriterien überflüssig (?), z.B. Herzinfarkt, Polytrauma, Intensivpatient

Festlegung fachspezifisch und campusübergreifend, z.B.

- ▶ Ambulante Therapie erfolglos / ggf. sogar progredient
- ▶ Kontinuierliche Materialsammlung (z.B. Sammelurin)
- ▶ Beidseitige Extremitäteneingriffe
- ▶ Selbstständigkeitsverlust bei Polymorbidität
- ▶ Komplexer Eingriff statt normaler OP (Bsp. Re-Operation)
- ▶ Tumorassoziierte Symptome, die kumulativ eine deutliche Einschränkung bewirken
- ▶ Dringender Behandlungswunsch des Patienten trotz Hinweis auf alternative Behandlungsformen
- ▶ Ausgeprägte Schmerzsymptomatik, die eine ambulante Behandlung patientenseitig nicht gestattet
- ▶ Allergie-Diagnostik (persistierende Exposition im häuslichen Umfeld)

▶ G-AEP

▶ Integration im KIS

The screenshot displays the SAP Easy Access user interface for Ralf Hammerich. The left sidebar shows a navigation tree with 'G-AEP-Bögen' selected. The main browser window shows a list of medical departments with their respective directors:

- [Medizinische Klinik und Poliklinik II - Schwerpunkt Onkologie und Hämatologie](#)
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. K. Possinger
- [Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie](#)
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. R.-G. Burmester
- [Physikalische Medizin und Rehabilitation](#)
Direktorin Dr. med. A. Reißhauer
- [Klinik für Strahlentherapie](#)
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Budach
- [Urologische Klinik und Poliklinik](#)
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. S. Loening

A grey bar indicates 'CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM'.

- [Augenklinik](#)
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. K.-H. Velhagen [nach oben](#)
- [Klinik für Allgemein-, Visceral- und Transplantationschirurgie](#)
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. P. Neuhaus
- [Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie und Pneumologie](#)
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. N. Suttrop
- [Neurochirurgische Klinik und Poliklinik](#)
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr.h.c. M. Brock

The browser window title is 'G-AEP Bögen Charité- Universitätsmedizin Berlin - Microsoft Internet Explorer'. The address bar shows the URL: \\fileserv11\sap-vorlagen\Pflege\gaep\start.htm. The taskbar at the bottom shows the Start button and several application icons, including 'SA...', 'Pos...', 'We...', 'Ad...', 'WG...', 'AW...', 'Mic...', and 'G-A...'. The system clock shows 07:11.

► Layout des klinikspezifischen Bogens



Patientenetikett

Hals-Nasen-Ohrenklinik mit Hochschulambulanz
 Direktor: Prof. Dr. med. H. Scherer

Telefon: (030) 8445 - 2611
 Fax: (030) 8445 - 4460
 www.medizin.fu-berlin.de/hno

G-AEP-Kriterien und Override Options bei einer stationären Aufnahme > 18. LJ

Aufnahmediagnose(n):

Schwere der Erkrankung und Intensität der Behandlung

Grau hinterlegte Textfelder sind allein ausreichende Begründungen, bei den übrigen ist eine Kombination aus A und B notwendig! Bei unstrittigen großen operativen Eingriffen und geplanten Intensivaufenthalten ist dieser Bogen nicht zu verwenden!

(A4) Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes

(A5) Akuter Verlust der Hörfähigkeit

(A6) Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik

(A7) Lebensbedrohliche Infektion oder Fieberkontinua > 38,0°C Körperkerntemperatur

(A8) Akute / subakute Blutung oder interventionsbedürftiger Hb-Abfall

(A9) Schwere Elektrolytstörung / Blutgasentgleisung / Entgleisung harnpflichtiger Substanzen

(A10) Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische oder respiratorische oder dermatologische Störung sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden

(A12) Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen fordert

(B1) Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation u./o. Infusion

(B2) Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Std. mit krankenhausspezifischen Mitteln

(B3) Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen (mindestens alle 4 Std.)

Charité-spezifische Kriterien

(A101) Ambulante Therapieresistenz bzw. rasche Progredienz der Krankheit bei ambulanter Therapie

(A107) Fortgeschrittenes oder terminales Krankheitsbild mit palliativer Therapie

(A122) Tumorstadium mit symptomatischer Gewebekompression (z.B. Tracheal)

Schwere der Erkrankung und Intensität der Behandlung

Bedeutende Komorbiditäten für Operationen und krankenhausspezifische Maßnahmen

a.) Begleiterkrankung(en) bedingen besondere prä-, intra- u. postop. Risiken bzw. besondere Vorgehensweise, die mit einer ambulanten Operation oder stationärsetzenden Maßnahme unvereinbar ist / sind.

b.) Das Vorliegen einer für die Narkose / OP / Intervention kaum oder nicht relevanten Begleiterkrankung rechtfertigt die stationäre Behandlung nicht!

(D1) Signifikante pathologische Lungenfunktionsparameter

(D2) bekanntes mittelschweres / schweres Schlafapnoe-Syndrom

(D3) interventionsrelevante Gerinnungsstörung bzw. therapiepflichtige Blutkrankheit

(D4) NYHA III o. IV bei Angina pectoris oder manifester Herzinsuffizienz

(D6) Besondere Überwachungspflicht bei Endokrinen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse)

(D7) Obstruktive Lungenerkrankung

(D8) Schlaganfall u./o. Herzinfarkt

(D9) Behandlungsrelevante Nieren- u./o. Leberfunktionsstörung

(D10) Schwere Immundefekte

(D11) Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung

(D12) Erhöhtes Narkoserisiko (ASA> II)

Charité-spezifische Kriterien

(D100) Manifeste Suchterkrankung

(D101) BMI > 40

(D103) Psychiatrische Erkrankung

(D108) Karnofsky-Index < 40%

(D112) Tumorassoziierte Symptome an Niere, Leber, Lunge o. Kachexie

(D113) Tumorstadium mit symptomat. Gewebekompression

(D122) Erhöhtes Narkoserisiko (ASA> II)

Bedeutende Komorbiditäten

Notwendigkeit intensiver Betreuung bei Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen

(E1) Voraussichtliche Überwachungspflicht > 12 Stunden

(E2) Amputation und Replantation

(E3) Gefäßchirurgische Operation (arteriell u./z. zentral)

(E4) Einsatz und Entfernung von stabilisierenden Implantaten (ausgenommen sind unkomplizierte Hand-/Handgelenks- Fuß-/ Sprunggelenksfrakturen)

(E5) Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle

(E6) Kathetergestützte Schmerztherapie

(E100) Einleitung einer risikobelasteten medikamentösen Therapie

(E102) Nachblutungsrisiko erhöht

(E104) Früheres OP- / Narkoseproblem bzw. Zwischenfall

(E105) Gefahr von kurzfristig auftretender Lebensgefahr (z.B. Luftnot)

(E108) Deutlich erhöhtes Risiko einer Komplikation nach einer Intervention

(E113) Komplexer Eingriff statt normaler OP / Re-Operation

(E117) Potentielle Nebenwirkungen bei Off-Label-Use

(E121) Seltenes Krankheitsbild (Diagnostik, Interdisziplinariat)

Notwendigkeit intensiver Betreuung

Soziale Faktoren, die bei einer Operation oder krankenhausspezifischen Maßnahme eine ambulante Versorgung nicht rechtfertigen (zusätzliche detaillierte Dokumentation in der Patientenakte notwendig)

Fehlende Kommunikationsmöglichkeiten:

(F1) kein erwachsener, kompetenter Ansprechpartner im Haushalt des Patienten verfügbar oder Patient lebt alleine

(F1) Kontaktaufnahme mit Notdienst / Klinik stark eingeschränkt (kein Telefon, Sprachprobleme, lange Wegezeit, taubstum etc.)

(F3) Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten (auch bei der bisherigen Therapie-Umsetzung)

Fehlende sachgerechte Versorgung:

(F2) Rettungszeit bei Komplikationen unzumutbar (Wohnlage, schlechte Witterungsverhältnisse, Fahrzeug bis zur spezialisierte Klinik länger als 15 Minuten)

(F4) Erkennen möglicher Komplikationen Zuhause nicht gewährleistet oder Hausarzt / Sozialdienst nicht verfügbar bzw. erreichbar

Charité-spezifische Kriterien:

(F101) Schwierige Wohnverhältnisse, mangelnde bzw. kurzfristig nicht klärbare häusliche Versorgung

(F104) Patient mit gesetzlicher Betreuung

(F106) Spezialisierte überregionale Versorgung

(F107) unklare / ungeordnete soziale Situation kurzfristig nicht klärbar

(F108) Mobilität nur mit personeller Unterstützung / bettlägerig

Soziale Aspekte

Sonstiges

Dringender stationärer Behandlungswunsch des Patienten, der auch nach eindringlichem ärztlichen Hinweis auf §39 SGB V („ambulante vor stationär“) nicht beeinflussbar ist (medizinische Behandlungsnotwendigkeit liegt vor).

Behandlungsnotwendigkeit und Verweigerung einer nicht vollstationären Behandlung

Berlin, den _____ Name des Arztes in Druckschrift _____ Unterschrift aufnehmender / behandelnder Arzt _____

Diese Liste hat keinen Validierungszweck. Stand 15. September 2005 © Medizin-Controlling

▶ Charité-spezifische Bearbeitung

▶ Teilprozessverantwortung

▶ **Primärbearbeitung in der admin. Patientenverwaltung**

- ▶ Anfragen der Kassen in Datenbank erfassen
- ▶ Prüfung auf Rechtmäßigkeit und fristgerechter Anfrage
- ▶ Versand allgemeiner Unterlagen (z.B. Entlassungsbericht, Verlegungsbericht, OP-Bericht etc.)
- ▶ Aktenbereitstellung für Hausbegehung

▶ **Sekundäre Bearbeitung durch Medizin-Controller**

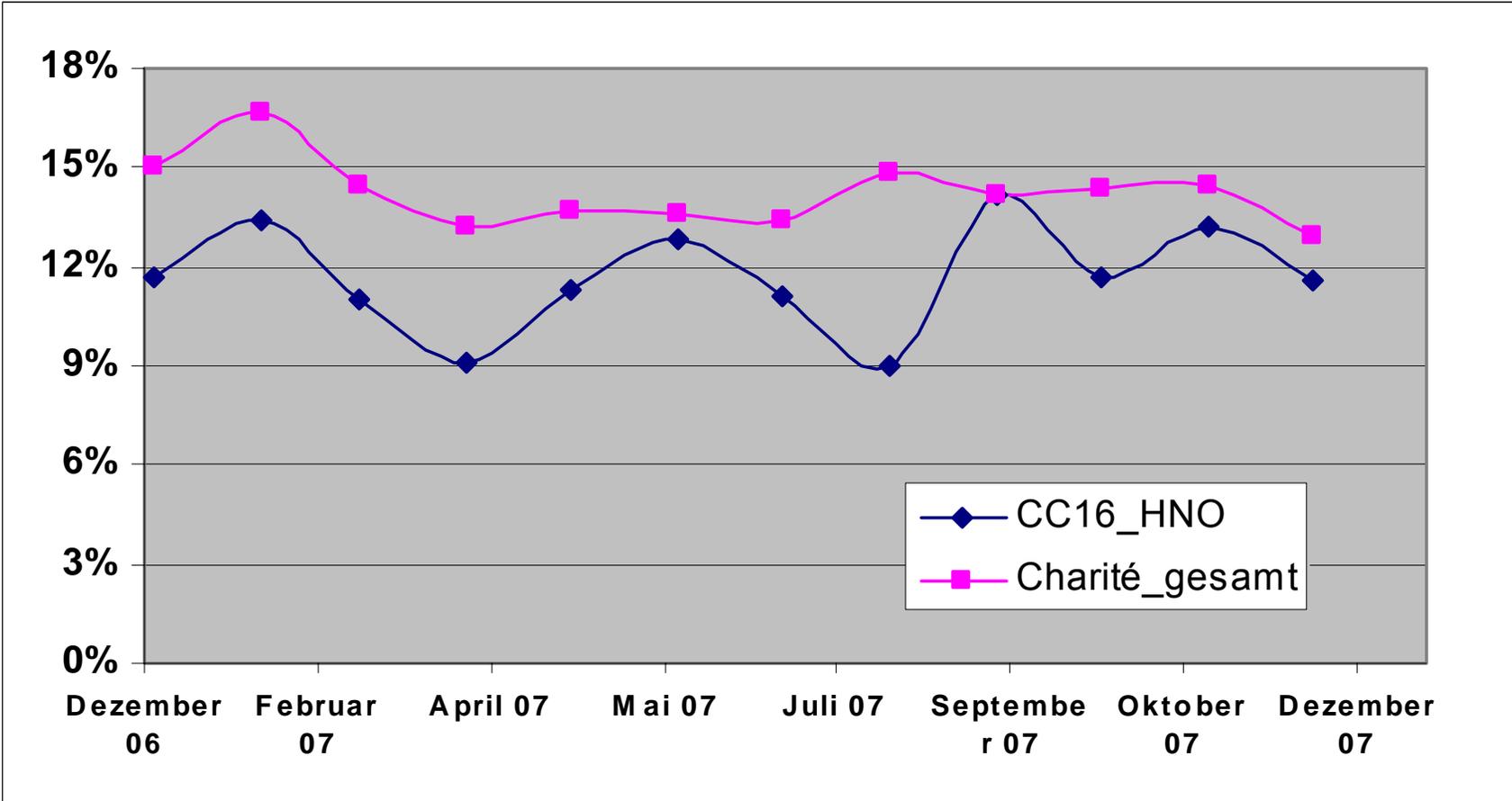
- ▶ Entlastung der Kliniker (gemäß mb-Tarifvertrag)
- ▶ erster Gesprächspartner bei Hausbegehungen
- ▶ Erstellen von Widerspruchschreiben bei Negativgutachten

▶ **Einbindung der Fachärzte**

- ▶ Unterlagen der Klinik nicht verfügbar
- ▶ Widerspruch des MC nicht akzeptiert -> Klageprüfung

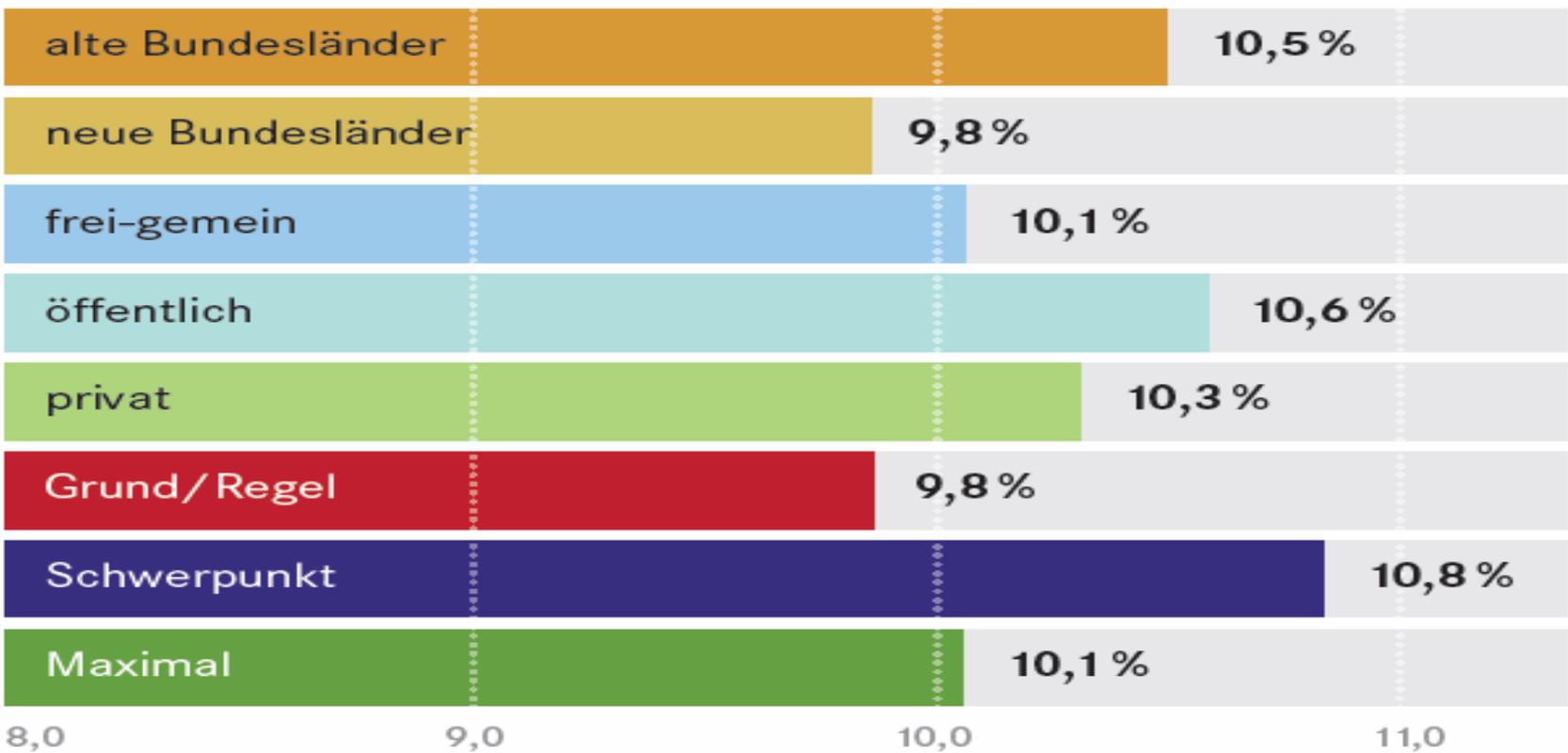
▶ Kassenanfragen

▶ Nachgefragte Fälle bezogen auf Entlassungen je Monat





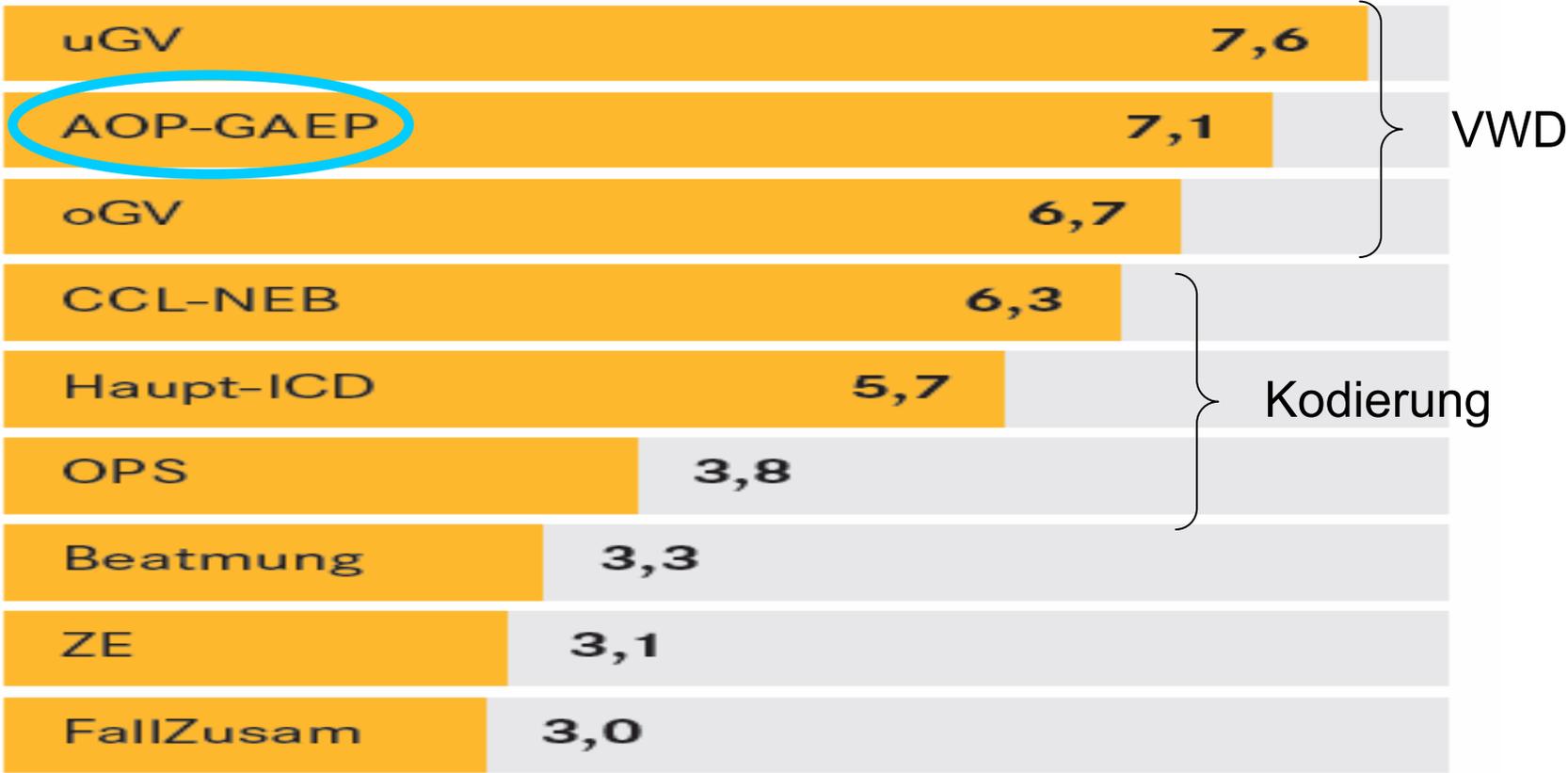
Grafik 4: MDK-Prüfquote 2007



MDK-Einzelfallprüfquote für das Jahr 2007
Auswertungen von medinfoweb



Grafik 5: Prüfgründe (Rangliste)



Rangliste der MDK-Prüfgründe 2007
Auswertungen von medinfoweb

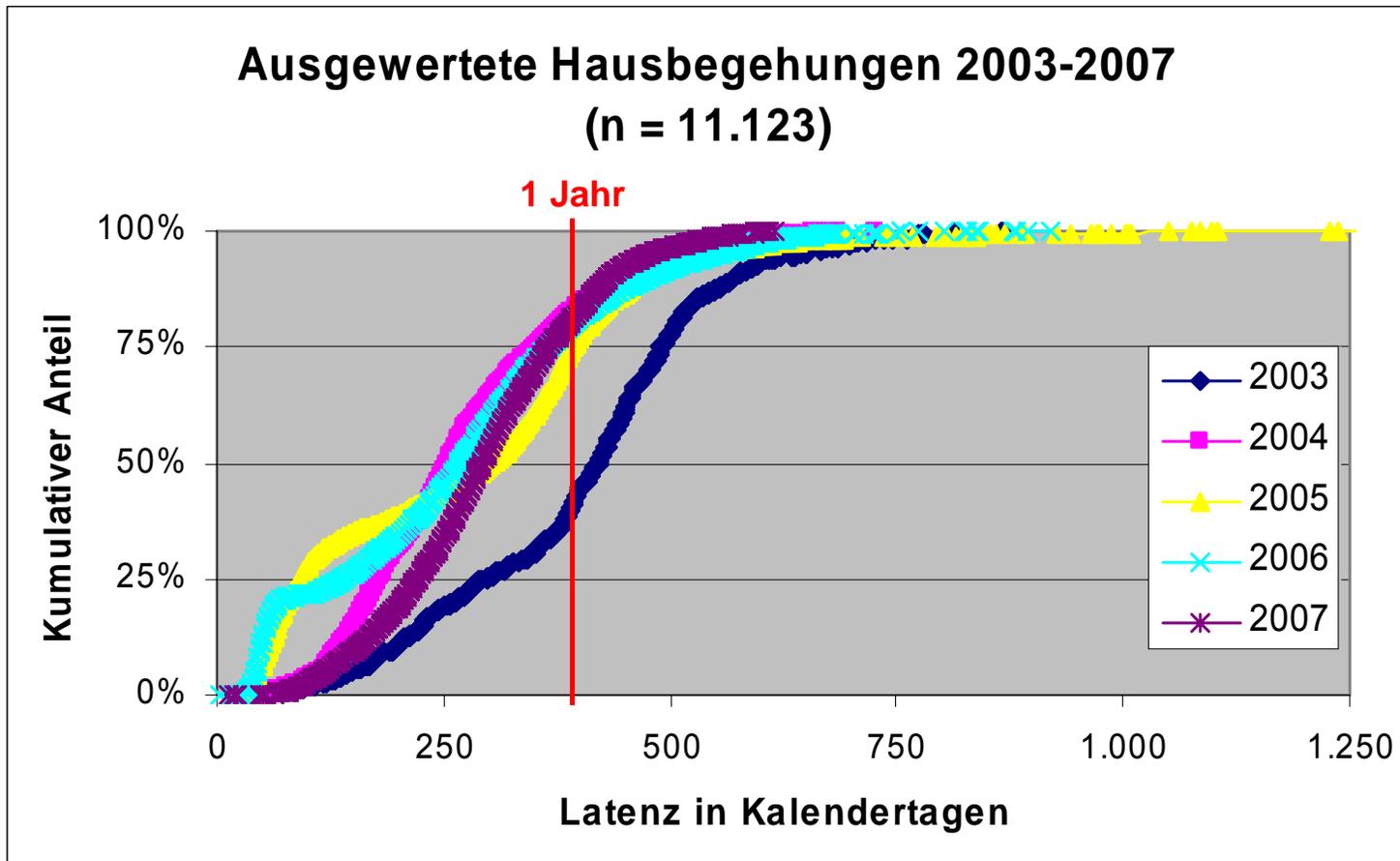
▶ Kassenanfragen

▶ Nachgefragte Fälle bezogen auf Entlassungen je Monat

- ▶ Im Mittel werden **11.7%** aller stationären Fällen in der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde geprüft
- ▶ Die durchschnittliche Prüfquote in der Charité beträgt **14.2%**
- ▶ Anmerkung: Seit 4/2007 müssen innerhalb 6 Wochen nach Rechnungslegung Prüfungsanliegen vom MDK angemeldet werden!
- ▶ Der Zeitpunkt der tatsächlichen Prüfung ist damit noch nicht definiert

▶ MDK-Prüfungen

▶ Latenz zwischen Entlassung und Hausbegehung



▶ MDK-Prüfungen

▶▶ Bedeutsame Prüfungsgründe

- ▶ In **25 %** gab es Kombinationsfragen (Kodierung für DRG / ZE und Verweildauer)
- ▶ In **17%** der Fälle wurde ein **Prüfungsgrund nicht genannt**
- ▶ In **11%** Fragestellung zur **sekundären Fehlbelegung**
- ▶ In **7%** der Fälle wurde die **UGVD** explizit als Prüfungsgrund benannt
- ▶ In **7%** der Fälle bestand der Prüfgrund in der **Fallzusammenführung nach §2 KFPV („Wiederkehrer“)**
- ▶ In **2%** der Fälle war die **Begleitperson** der angemeldete Prüfgrund
- ▶ In nur **0.9%** der Fälle war **ambulantes Operieren** nach §115b Grund für die angemeldete Prüfung

▶ MDK-Prüfungen

▶ Exemplarische Prüfungsergebnisse / Verweildauer

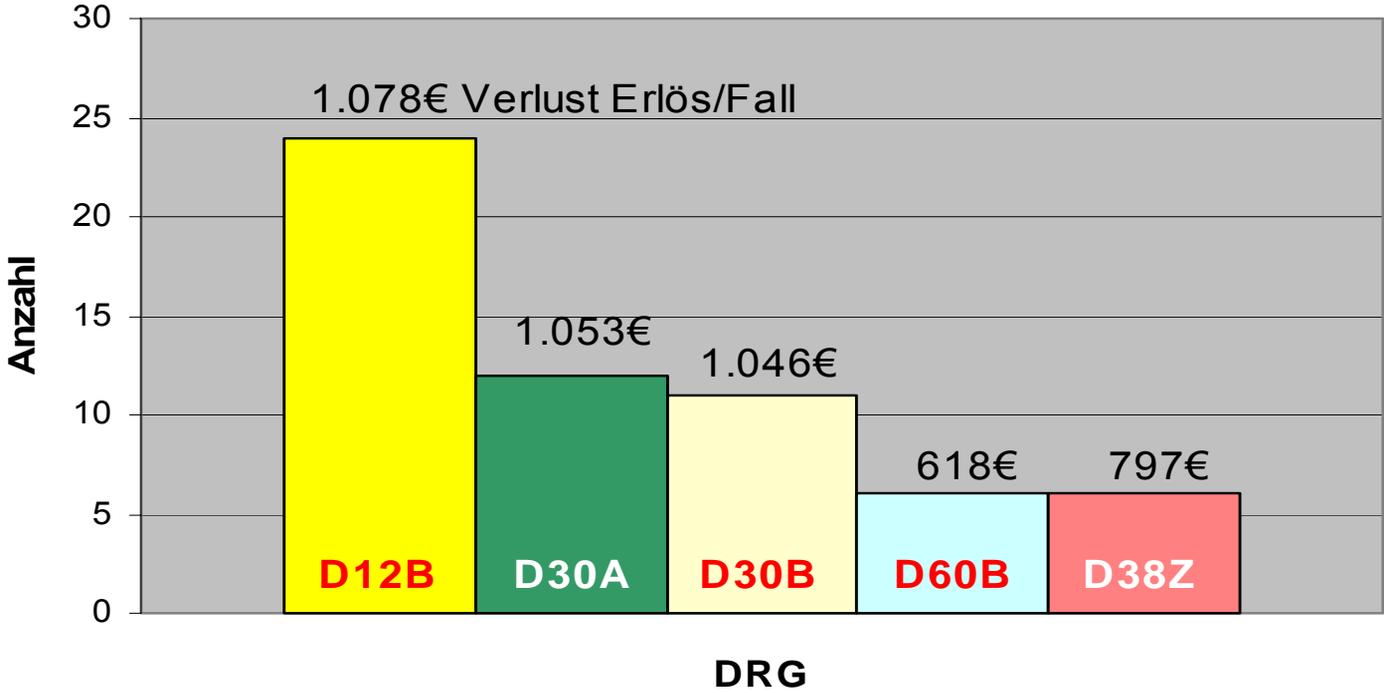
- ▶ 98 Fälle aus dem Jahr 2007 konnten bisher abgeschlossen werden
- ▶ über beide Campi (CBF und CCM) gingen bisher **106.757 €** der HNO-Klinik verloren
- ▶ im Durchschnitt sind dies **1079,5 €** pro negativ bewertetem HNO-Fall
- ▶ Charité-weit sind **904 €** pro negativem Prüfungsergebnis zurück zu erstatten
- ▶ Überwiegend wurde 1 Tag „gestrichen“ (**79%**), fast immer der **präoperative Tag**, in 20 Fällen wurden auch jeweils 2 Behandlungstage als fehlbelegt eingestuft
- ▶ Charité-weit ist bei **83%** aller VWD-Kürzungen jeweils 1 Tag storniert worden

▶ MDK-Prüfungen

▶ Verteilungsmuster bei der Fehlbelegung



Die in 2007 meistreklamierten DRGs (Bezug zum präoperativen Tag)





▶ MDK-Prüfungen

▶ Bisher auffälligsten Rechnungskürzungen (TopFive)

DRG	Anzahl	Verlust/Fall
D12B	28	-1.146,12 €
D30A	14	-1.008,10 €
D30B	14	-1.141,58 €
D28Z	8	-1.809,72 €
D60B	7	-765,03 €

▶ MDK-Prüfungen

▶ Sonstige Besonderheiten

- ▶ Von den bisher 163 abgeschlossenen Prüfungen in 2007 wurden 8 Fälle (**4.9%**) als letztlich **ambulant** beschieden, im Mittel gingen dabei 1.088€ als DRG verloren (Anm.: ein EBM-basierter Betrag wurde dafür in Rechnung gestellt)
- ▶ 13 Fälle (**7.9%**) der 163 abgeschlossen Prüfungen sind **gemäß § 2 KFPV zusammengeführt** worden, dabei entstand im Mittel ein Verlust von 2.300€
- ▶ In der **Kodierung (48.1%)** stand die Fragestellung nach der Hauptdiagnose im Vordergrund (Tumor vs. Metastase vs. Symptom) sowie die OPS-Kodierung mit/ohne Inzision

▶ Zusammenfassung

▶▶ Fazit für die Praxis

- ▶ Erhebliche Verluste durch MDK-Prüfungen insgesamt
- ▶ Die Verweildauerprüfung ist seitens der Kassen mit Priorität versehen
- ▶ Der präoperative Tag wird zunehmend geprüft
- ▶ Verschiebung von stationär nach ambulant scheint noch nicht im Vordergrund zu stehen
- ▶ Bestimmte DRGs sind im Vordergrund
- ▶ Konsequentes Umsetzen von Gegenstrategien

▶ Zusammenfassung

▶▶ Strategien

- ▶ Penible Dokumentation auch und vor allem in der Patientenkurve
(Anmerkung von einer HNO-Fachgutachterin: Komorbiditäten sind meistens nur auf dem Anästhesie-Protokoll vermerkt)
- ▶ Benutzen des abteilungsrelevanten G-AEP-Bogens
- ▶ Prüfdaten werden in einer SAP-gestützten Datenbank gesammelt und regelmäßig ausgewertet
- ▶ Anwendung von Behandlungspfaden (Anmerkung: nicht DRG-orientiert erstellen)
- ▶ Regelmäßige Treffen mit dem MDK außerhalb der Prüfungen verbessert die Informationslage beider Seiten, wenn nicht MC-Ärzte eingebunden sind



Das ist nur der Anfang, die Mühen lohnen sich jedoch !