

Praxisleitfaden PEPP

Intensivmerkmale in der PEPP- Kodierung

Teil 1:
Behandlung von
Erwachsenen

Fallstricke bei der Dokumentation von
Intensivbehandlungen vermeiden

Inhalt

- 3 Komplex-Kodes in der Intensivbehandlung
- 6 Überblick über die Intensivmerkmale
- 16 Typische Fehler bei der Dokumentation (Beispiele)
- 20 Fazit: Intensivmerkmale immer dokumentieren
- 21 Über den Autor

Komplex-Kodes in der Intensivbehandlung von Erwachsenen

Voll- und teilstationäre Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen (Psych-Einrichtungen) werden nicht durch das DRG-System vergütet, sondern durch das seit 2013 in Kraft getretene „Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP-System).

Für besonders intensive und im Verlauf wechselnde Behandlungsformen sind im PEPP-System sogenannte ergänzende Tagesentgelte (ET) vorgesehen. Diese werden unter anderem dann zusätzlich vergütet, wenn beim Patienten bestimmte Intensivmerkmale erfüllt sind. **In diesem ersten Teil unseres Praxisleitfadens geht es um die Intensivmerkmale von erwachsenen Patienten.**



Die Steuerung in die ET ergibt sich aus der Abrechnung des entsprechenden Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), konkret den folgenden Codes:

- 9-617 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
- 9-618 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
- 9-619 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
- 9-61a Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen
- 9-61b Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen

Der Schwerpunkt der Behandlung liegt zumeist bei häufigen, nicht planbaren und zeitlich begrenzten Einzelkontakten, da die Patienten in der Regel nicht gruppentauglich sind. Relevant für die Abrechnung wird es, sobald mehrere dieser Voraussetzungen erfüllt sind. Denn um für einen Behandlungstag ein ET zu erhalten, müssen Patienten mindestens drei der folgenden sieben Merkmale aufweisen:

- Anwendung von Sicherungsmaßnahmen
- Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
- Akute Fremdgefährdung
- Schwere Antriebsstörung
- Keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme
- Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung
- Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen

Bei der Kodierung und Dokumentation dieser Intensivcodes kommt es allerdings häufig zu Fehlern, so dass die Medizinischen Dienste (MD) die Kliniken oft in zeit- aufwändigen Anfragen damit beauftragen, die zu vergütenden Intensivbehandlungen ausführlich zu belegen – oder Kostenträger eine Vergütung der ET gleich ganz ablehnen.

Eine häufige Fehlerquelle ist beispielsweise die täglich erneut erforderliche Dokumentation. Seit 2016 muss für jeden Behandlungstag neu entschieden und dokumentiert werden, welche dieser Mindestmerkmale für die Intensiv- behandlung mit welcher Begründung erfüllt sind und welchen Einfluss das unmittelbar auf den jeweiligen OPS des Patienten hat. Das bedeutet: Wenn über mehrere Tage hinweg drei oder mehr Intensivmerkmale erfüllt sind, muss jeder Dienst diese an jedem dieser Tage detailliert dokumentieren, so dass daraus die Erfüllung dieser Merkmale klar herausgelesen werden kann.



In der Praxis erfolgt die Dokumentation aber oft nicht lückenlos – etwa, weil dies im hektischen Stations- alltag einfach untergeht oder weil mehrere Tage hinter- einander auf einen Patienten die gleichen Bedingungen zutreffen, die dann einfach beibehalten und nicht aktua- lisiert werden. Auch in solchen Fällen müssen jedoch die auf- tretenden Komplexcodes täglich neu dokumentiert werden. Fehlen diese, fehlt damit eine wichtige Grundlage zum Belegen der Intensivbehandlung bei den Kostenträgern.

Um Fallstricke wie diesen zu vermeiden, erhalten Sie in diesem Praxisleitfaden Einblicke in die korrekte Dokumentation von Intensivmerkmalen bei der Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen von Erwachsenen (Stand: Juli 2024). Sie erfahren, wie Sie typische MD-Rückfragen zur Zufriedenheit beantworten. Und Sie lernen anhand von praktischen Beispielen, wie Sie typi- sche Fehlerquellen bei der Dokumentation von Intensivbehandlungen erkennen und vermeiden.

Intensivmerkmale

In diesem Kapitel erhalten Sie einen Überblick über die relevanten Intensivkodes bei der Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen von Erwachsenen:

1. Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
2. Anwendung von Sicherungsmaßnahmen
3. Keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme
4. Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen
5. Akute Fremdgefährdung
6. Schwere Antriebsstörung
7. Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung

In einer übersichtlichen Dokumentation erhalten Sie Erläuterungen zur Definition des jeweiligen Intensivmerkmals, Hinweise zu den Besonderheiten bei der Dokumentation und einen Überblick über typische Rückfragen der Medizinischen Dienste und mögliche Begründungen für Ihre Antwort. Der Aufbau der folgenden Seiten ist für eine einfache Vergleichbarkeit gleich gehalten.

Die hier stehenden Hinweise erläutern jeweils einen Aspekt der Dokumentation des Intensivmerkmals:



Definition des Intensivmerkmals:

Wie genau ist die Definition des jeweiligen Intensivmerkmals zu verstehen? Welche Begriffe bedürfen einer Erläuterung?



Ärztliche und pflegerische Dokumentation:

Wie wird das Intensivmerkmal konkret begründet? Worauf ist bei der ärztlichen Anordnung zu achten? Was gehört in die pflegerische Dokumentation?



Möglichen Fragestellungen des Medizinischen Dienstes (MD):

Was sind typische MD-Anfragen? Wie können diese vermieden werden? Bei welchen Punkten wird eine genaue Begründung erforderlich?

Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten

Unter selbstschädigendem Verhalten versteht man z. B. häufige Selbstverletzungen von Borderline-Patienten oder durchgängige Nahrungsverweigerung bei Essstörungen oder Demenz oder Verweigerung vital notwendiger medizinischer Maßnahmen (z. B. Insulintherapie bei Diabetes mellitus).

Mögliche MD-Fragen

- Wurde der Patient als suizidal beschrieben?
- Lag ein selbstverletzendes Verhalten vor?
- Bestand eine durchgängige Nahrungsverweigerung?

Typische Begründungen

- Kein antisuizidales Versprechen
- Erhöhter Betreuungsbedarf durch vermehrte Therapiegespräche
- Viele notwendige Interventionen
- Häufige Selbstverletzungen

Hinweise zur Dokumentation



Nach Wortlaut aufgeschlüsselt umfasst das Intensivmerkmal der akuten Selbstgefährdung einerseits Patienten, die suizidale Gedanken äußern – unabhängig davon, ob diese tatsächlich selbstgefährdenden Handlungen begehen. Das umfasst auch Patienten, die sich weigern, ein antisuizidales Versprechen abzugeben. Schwer selbstschädigendes Verhalten ist zum Beispiel gegeben, wenn Patienten sich aktiv Schaden zufügen, etwa sich schneiden, Desinfektionsmittel trinken oder Rasierklingen schlucken. Auch die Nahrungsverweigerung kann dazugehören, etwa bei Menschen mit Bulimie oder Anorexie.



Die ärztliche oder pflegerische Meinung steht immer über den Aussagen des Patienten. Selbst wenn dieser ein antisuizidales Versprechen abgibt, können Arzt oder Pflegekraft ihm suizidales oder selbstschädigendes Verhalten bescheinigen. Dieses Verhalten muss dann umso sorgfältiger beschrieben und dokumentiert werden.



Rückfragen des MD zur Begründung des Intensivmerkmals lassen sich auch dadurch begründen, dass viele kurze Interventionen notwendig waren, also immer wieder nach dem Patienten gesehen werden musste (ohne dass ein verbaler Austausch stattgefunden haben muss). Darunter fällt auch die Vereinbarung, dass ein Patient sich in regelmäßigen Intervallen von 10 oder 15 Minuten beim Pflegedienst melden muss.

Anwendung von Sicherungsmaßnahmen

Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn die Notwendigkeit des Einsatzes von individuellen präventiven (nur personellen) Sicherungsmaßnahmen und/oder individuellen reaktiven (personellen, räumlichen, mechanischen und/oder medikamentösen) Sicherungsmaßnahmen besteht und diese ärztlich angeordnet sind.

Mögliche MD-Fragen

- Erfolgte die Unterbringung per PsychKG?
- War die Patientin/der Patient im Isolationszimmer untergebracht?
- Wurde eine Fixierung notwendig?
- Liegt eine ärztliche Anordnung vor?

Typische Begründungen

- Isolationszimmer
- Fixierung
- Bettgitter
- Mobilisationsstuhl mit Tisch gesichert



Hinweise zur Dokumentation



Unter präventiven personellen Sicherungsmaßnahmen versteht man eine erforderliche 1:1-Betreuung aufgrund fehlender Absprachefähigkeit beim Patienten – etwa wegen Suizidgedanken oder Stimmenhörens im Verbindung mit Aufforderung zu Suizid, Selbst-, Fremdverletzung o.ä. Diese belegen allerdings noch kein Intensivmerkmal – im Gegensatz zu reaktiven Sicherungsmaßnahmen. Reaktive Sicherungsmaßnahmen sind als unmittelbare Reaktion auf ein krankheitsbedingtes Verhalten des Patienten ab Beginn seines stationären Aufenthaltes zu verstehen, etwa fremd- oder eigengefährdendes Verhalten, Verweigerung der Medikamenteneinnahme (bei Zwangsmedikation), ein vorangegangener Sturz, Fluchtgefahr in Kombination mit einer Selbstgefährdung oder das Erfordernis engmaschiger Begrenzungen. Ein Unterbringungsbeschluss allein reicht nicht aus.



Die ärztliche Anordnung beschränkt sich nicht auf die passive Überwachung, sondern ordnet aktiv Sicherungsmaßnahmen an. Sie sollte individuell sein und zu den für den Patienten erforderlichen Maßnahmen passen. Bei Zwangsmaßnahmen muss eine entsprechende Rechtsgrundlage bestehen. Wird eine sichernde Behandlung angeordnet, muss sie täglich neu begründet und ihre Ausprägung neu beschrieben werden:

- **Räumlich:** Besteht kein Ausgang, auch nicht in Einzelbegleitung? Wird die Zimmertür des Patienten verschlossen? Mit welcher individuellen Begründung? Drängt der Patient zum Beispiel raus und will die Station verlassen und es liegt eine Selbstgefährdung vor? Wird der Patient gebeten, im Zimmer zu bleiben? Wird er im Isolationszimmer untergebracht? Achtung: Dazu zählt nicht die ohnehin geschlossene Stationstür einer geschützten Station – das allein wird vom MD nicht anerkannt.
- **Mechanisch:** Wird eine Fixierung notwendig? Wird diese womöglich mithilfe eines Bettgitters erreicht? Kommt ein Mobilisationsstuhl zum Einsatz, der mit einem Tisch gesichert ist?
- **Medikamentös:** Konnte der Patient nicht von der Medikamenten-Einnahme überzeugt werden? Oder war er kommunikativ gar nicht mehr zu erreichen? Wurde daraufhin eine Zwangsmedikation ärztlich angeordnet? Wie hat der Patient darauf reagiert?
- **Personell:** Wurde eine engmaschige Betreuung angeordnet? Oder eine 1:1-Betreuung?

Die pflegerische Dokumentation muss Art und Dauer der Maßnahme sowie die Reaktion des Patienten darauf beinhalten und – genau wie die ärztliche Dokumentation – täglich neu eruiert werden. Bemerkungen wie „genau wie Vortag“, „Status idem“, „zeigt keine neuen Verhaltensweisen“ oder „weiterhin nicht absprachefähig“ werden vom MD nicht akzeptiert.



Eine wiederkehrende Anfrage des MD betrifft die Frage nach der Unterbringung des Patienten in der Einrichtung per PsychKG. Dies sagt aber erstmal nur aus, dass der Patient überhaupt in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht werden muss. Genauso wenig wie die Unterbringung nach BGB begründet jedoch die Unterbringung nach PsychKG allein die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen. Wichtiger für die Begründung dieses Intensivmerkmals gegenüber dem MD sind konkrete Maßnahmen, etwa wenn ein Patient im Isolationszimmer untergebracht oder fixiert wurde. Die Anwendung eines Bettgitters kann nur dann zur Begründung hinzugezogen werden, wenn es zur Fixierung im Bett angewendet wurde – nicht zur Verhinderung von Stürzen aus dem Bett.

Keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme

Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn einem Patienten Flüssigkeit und/oder Nahrung vollständig von Dritten verabreicht werden muss. Oder wenn die Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme vollständig von Dritten begleitet werden muss (nicht bei alleiniger Sondenernährung oder alleiniger parenteraler Ernährung).

Mögliche MD-Fragen

- Wurde die Nahrungsaufnahme vollständig von Dritten übernommen oder begleitet?
- Wurden alle Mahlzeiten angereicht? Wenn nicht, welche?

Typische Begründungen

- Nahrung/Flüssigkeit wurde von der Pflege angereicht
- Patient wurde Essen angereicht
- Mahlzeit wurde durch Pflegekraft begleitet, da der Patient unter Schluckstörungen leidet

Hinweise zur Dokumentation



Dieses Intensivmerkmal kann einerseits Patienten betreffen, die die Flüssigkeits- bzw. Nahrungsaufnahme aktiv vermeiden, andererseits Patienten, die dazu nicht in der Lage sind, etwa aufgrund einer Erkrankung.



Wird die Verabreichung von Flüssigkeit und/oder Nahrung angeordnet, muss im Zeitraum der Nahrungsaufnahme ein Mitarbeiter allein zur Betreuung dieses Patienten abgestellt werden, der keine weiteren Aufgaben hat als diese. Erfolgt die Essenseinnahme im gemeinsamen Speisesaal, muss also ein Mitarbeiter mehr als sonst anwesend sein, der nur diesen einen Patienten betreut, ihn zum Essen animiert oder das Ausbleiben der Nahrungsaufnahme zur Kenntnis nimmt.



Rückfragen vom MD kommen in aller Regel dann, wenn ebendiese vollständige Begleitung der Nahrungsaufnahme oder die Anreicherung der Mahlzeiten nicht oder nicht lückenlos dokumentiert sind.



Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen

Zur Definition bietet der OPS keine weiteren Erläuterungen.

Mögliche MD-Fragen

- Welche somatische Komplikation lag vor?
- Liegt ein Überwachungsprotokoll der Vitalparameter vor?

Typische Begründungen

- Intoxikation durch Alkohol oder andere Drogen
- Delir
- Infekt (z. B. Pneumonie)
- Protokoll über engmaschige Überwachung der Vitalparameter und der Vigilanz



Hinweise zur Dokumentation

Der OPS bietet keine weiteren Erläuterungen zur Präzision des Intensivmerkmals Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen an. Was genau aber versteht man also darunter? In Anlehnung an den Wortlaut kann somatische Komplikation z. B. ein Entzug von einer Substanz sein, der mit kaltem Schweiß, erhöhtem Puls und Blutdruck einhergeht – und auf diese Weise die Vitalwerte des Patienten gefährdet. Keine Vitalgefährdung im Sinne des Intensivmerkmals ist hingegen beispielsweise bei Fieber gegeben. Denn zwar sind auch in diesem Falle die Vitalwerte des Patienten angegriffen, aber ohne Verbindung mit psychiatrischen Faktoren.

Wenn wie im Beispiel des Entzugs eine Vitalgefährdung vorliegt, dann müssen die Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Atmung, Temperatur) des Patienten auch regelmäßig kontrolliert und dokumentiert werden. Wir empfehlen die Anlage eines Überwachungsbogens mit mindestens zweistündlicher Kontrolle, gerne häufiger.

Dem MD reicht es nicht aus, wenn zweimal täglich der Blutdruck des Patienten kontrolliert wurde, dem dieses Intensivmerkmal zugeschrieben wurde. Erforderlich ist vielmehr ein engmaschiges Überwachungsprotokoll, in dem die Kontrolle der Vitalwerte mehrmals täglich dokumentiert ist. Auch wenn es nicht Pflicht ist, lohnt sich auch die zusätzliche Überprüfung der Vigilanz, also der Trinkmenge (in Milliliter) und der Angabe, ob der Patient zum Trinken angehalten werden musste.

Akute Fremdgefährdung

Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn der Patient gewaltbereit oder gewalttätig ist. Hierzu zählt auch die verbale Bedrohung.

Mögliche MD-Fragen

- Lag eine Fremdgefährdung vor und ist diese beschrieben?

Typische Begründungen

- Beißen, Treten, Schlagen, Spucken, gezieltes Werfen mit Gegenständen nach Personen
- Gewaltbereitschaft durch Darstellung oder Bedrohung – auch gegenüber Gegenständen
- Bedrohungsgefühl bei Pflege und/oder Mitpatienten aufgrund von versuchten Schlägen

Hinweise zur Dokumentation



Relativ neu zur Definition des Intensivmerkmals akute Fremdbedrohung ist der 2023 aufgenommene Aspekt der verbalen Bedrohung. Das ist durchaus wörtlich zu verstehen und muss gegenüber dem MD nicht durch eine tatsächlichen Bedrohungslage belegt werden. Selbst eine Gewaltandrohung durch eine ältere Dame beim Nachtdienst auf der Demenzstation kann als verbale Bedrohung im Sinne des Intensivmerkmals ausgelegt werden.



Die Fremdgefährdung kann sich nicht nur gegen Mitarbeiter der Station richten. Sondern auch gegen andere Patienten, gegen Besucher, kurz: gegen alle anderen Menschen. Eine Fremdgefährdung kann sich darüber hinaus auch durch Aggressionen gegen das Mobiliar äußern, etwa Tritte gegen den Schrank. Dies gilt es entsprechend zu dokumentieren.



Der MD möchte wissen, ob eine Fremdgefährdung vorlag und wie genau diese beschrieben ist. Neben gewalttätigen Ausbrüchen gegen Menschen und Gegenstände kann das auch mit dem Spucken des Patienten begründet werden. Sogar wenn die Gewalt (noch) nicht erfolgt ist, sondern nur durch Gesten oder Worte angedroht wird, kann das für eine Begründung des Intensivmerkmals ausreichen. Der MD möchte auch über den weiteren Verlauf informiert werden: Was wurde unternommen und wie entwickelte sich die Situation? Trat eine Besserung ein? Musste erneut interveniert werden? Auf eine andere Weise?

Schwere Antriebsstörung

Das Merkmal schwere gesteigerte Antriebsstörung ist erfüllt, wenn der Patient sich in seiner Aktivität durch Gegenargumente nicht beeindrucken lässt und selbst persönliche Konsequenzen nicht zur Kenntnis nimmt oder sie ihm nichts ausmachen. Das Merkmal schwere reduzierte Antriebsstörung ist erfüllt, wenn Anregungen von außen den Patienten kaum oder gar nicht mehr erreichen. Die Alltagsverrichtungen sind beeinträchtigt.

Mögliche MD-Fragen

- War der Patient ständig aktiv und ist dies dokumentiert?
- Lag der Patient nur im Bett und konnte nicht zur Teilnahme am Klinikalltag motiviert werden?

Typische Begründungen

- Patient liegt den ganzen Tag teilnahmslos im Bett
- Patient muss von der Pflege stetig zum Aufstehen motiviert werden
- Patient ist manisch angetrieben, distanzlos, klopft ständig an die Stationstür
- Ständiges Auf- und Ablaufen auf dem Stationsflur, räumt Möbelstücke hin und her
- Umkehrung des Tag-/Nacht-Rhythmus
- Protokoll über engmaschige Überwachung der Vitalparameter und der Vigilanz



Hinweise zur Dokumentation



Das Intensivmerkmal schwere Antriebsstörung kann in zwei Richtungen auftreten. Eine schwere Antriebssteigerung ist durch eine übermäßige, ziellose Aktivität gekennzeichnet, zum Beispiel Unruhe, Rastlosigkeit oder Hyperaktivität. Die reduzierte Antriebssteuerung ist häufig bei Depressionen zu beobachten. Patienten wirken oft apathisch, teilnahmslos und erschöpft.



Wichtig bei der Dokumentation dieses Intensivmerkmals ist eine sorgfältige Dokumentation der auftretenden Symptome, die auf eine Antriebsstörung hinweisen. Ein oberflächlicher Vermerk „Antrieb gesteigert“ bzw. „Antrieb reduziert“ erfüllt diese Voraussetzung nicht. Vielmehr sollte detailliert die Situation beschrieben werden, in der die Störung auftritt: Ist der Patient distanzlos, unruhig und völlig aus seinem Tag-/Nacht-Rhythmus gerissen? Wie genau äußert sich der gesteigerte Antrieb: im ständigen Klopfen an die Stationstür, im permanenten Auf- und Ablaufen auf dem Stationsflur oder im Umräumen von Möbelstücken? Oder liegt der Patient den ganzen Tag teilnahmslos im Bett und muss von der Pflege stetig zum Aufstehen ermutigt werden.



Eine wiederkehrende Bemänglung des MD betrifft die fehlende lückenlose Dokumentation der Antriebsstörung. Häufig ändert sich bei Patienten über Tage hinweg kaum etwas in der Ausprägung der auftretenden Symptome, manchmal auch über Wochen hinweg. Trotzdem müssen für jeden dieser Tage alle Begründungen des Intensivmerkmals erneut vollständig dokumentiert werden. Auch hier sollte beschrieben werden, wie dagegen interveniert wurde. Wurde medikamentös eingegriffen, muss auch die Wirkung über den Zeitraum beschrieben werden. Bei einem einfachen Vermerk „unveränderter Zustand zum Vortag“ wird der MD das Intensivmerkmal ab dann zurückweisen mit der Begründung „ab Tag xy nicht mehr beschrieben“.

Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung

Das Intensivmerkmal Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung bezieht sich zum Beispiel auf Stürze und Verletzungsgefahr ohne Fremdeinfluss oder durchgängige Nahrungsverweigerung bei Demenz.

Mögliche MD-Fragen

- Sind Stürze dokumentiert?
- Ist der Patient durch die vorliegende Realitätsverkennung oder Orientierungslosigkeit akut selbstgefährdet?

Typische Begründungen

- Sturzprotokoll
- Patient läuft in fremde Zimmer, legt sich in fremde Betten
- Verlässt die Station und findet nicht zurück
- Begeht Fehlhandlungen, trinkt z.B. aus dem Seifenspender
- Mahlzeit wurde durch Pflegekraft begleitet, da der Patient unter Schluckstörungen leidet

Hinweise zur Dokumentation



Patienten können die Realität verkennen und trotzdem glücklich sein. Eine Realitätsverkennung allein begründet also noch nicht dieses Intensivmerkmal. Auch hier kann die Situation wörtlich gelesen werden. Erst wenn der Aspekt der Selbstgefährdung hinzukommt, ganz konkret etwa durch selbst beigebrachte Stürze oder das Schlagen des eigenen Kopfes gegen die Wand. Zur Nahrungsverweigerung bei Demenz gehört auch die Verweigerung der Medikamenteneinnahme.



Wenn wie im Beispiel des Entzugs eine Vitalgefährdung vorliegt, dann müssen die Vitalparameter des Patienten auch regelmäßig kontrolliert und dokumentiert werden. Dazu reicht es nicht, zweimal täglich den Blutdruck zu kontrollieren. Sondern die Vitalwerte müssen mehrmals täglich kontrolliert und dokumentiert werden.



Die Dokumentation einer vorliegenden Orientierungslosigkeit oder Realitätsverkennung sollte möglichst anschaulich und konkret erfolgen, etwa wenn ein Patient in andere Zimmer läuft oder sich in fremde Betten legt. Das allein reicht allerdings noch nicht zur Begründung des Intensivmerkmals. Dafür muss zusätzlich eine Selbstgefährdung vorliegen, etwa wenn ein Patient die Station verlässt und nicht mehr zurückfindet oder sich anderweitig in Situationen begibt, die eine Gefahr für ihn darstellen können. Die Selbstgefährdung muss klar aus der Dokumentation hervorgehen, damit der MD dieses Intensivmerkmal anerkennt. Nicht gemeint sind dagegen Situationen, die eine Gefahr für andere darstellen.

Typische Fehler bei der Dokumentation

Die Kostenträger, also in aller Regel die Krankenkassen, beauftragen den Medizinischen Dienst (MD) mit der Prüfung von Rechnungen, die in den eigenen Systemen als auffällig deklariert wurden. Der MD überprüft die Unterlagen des Leistungserbringers bei kodierter Intensivbehandlung besonders auf fehlende oder lückenhafte Dokumentation. Fällt ein bestimmtes Thema häufiger auf, wird es umso intensiver geprüft. In der Erwachsenenpsychiatrie überprüft der MD die Intensivbehandlung erst ab drei Intensivmerkmalen, da erst dann ergänzende Tagesentgelte (ET) für die Leistungserbringer zum Tragen kommen. (Achtung: In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden ET bereits ab dem ersten Merkmal fällig, entsprechend prüft der MD hier sofort).

Einige Fehler tauchen dabei immer wieder auf und sorgen damit nicht nur für eine unvollständige, inkonsistente, unkonkrete, fehlende oder doppelte Dokumentation, sondern letztlich auch für ausbleibende Erlöse.



Unvollständige Dokumentation

Abbildung 1 zeigt das Prüfungsergebnis von stationären Krankenhausleistungen im Rahmen eines rund 7-monatigen Aufenthaltes eines Patienten in einer psychiatrischen Einrichtung. Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die medizinischen Voraussetzungen der angegebenen Leistung nicht erfüllt seien.

Abbildung 2 zeigt auf einer der rund 50 Seiten des Gutachtens beispielhaft die angegebenen OPS. Diese müssen für jeden Tag angegeben werden, für die eine Intensivbehandlung geltend gemacht wurde. Auf der gezeigten Seite wurde für den 12.04.2024 der OPS komplett gestrichen, weil die Anforderungen der Intensivbehandlung nicht erfüllt seien.

In **Abbildung 3** wird die Begründung der Ablehnung ersichtlich. Da die Anordnung und Durchführung der individuellen Sicherungsmaßnahmen nicht dokumentiert wurde, ist das Intensivmerkmal Sicherungsmaßnahmen für dem MD für diesen Zeitraum nicht belegt, so dass vom 9. bis 11.02. ein geringeres und für den 12. bis 18.02. gar kein zusätzliches Entgelt gewährt wird.

Gutachten zu stationären Leistungen

Abb. 1

Krankenhaus: Psychiatrische Klinik Musterstadt-Nord
Aufenthalt: 01.02.2024 bis 17.08.2024 **Aufn.:** 01.02.2024
Fragestellung: Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen
Präzisierung: Notwendigkeit / Dauer und korrekte Abrechnung (PEPP)

Ergebnis: 60 Medizinische Voraussetzungen für die Leistung nicht erfüllt

Prüfanlass erweitert ☐ Ja ☒ Nein

Das Gutachten liegt als Anlage vor.

Adressaten	Versandumfang	
Psychiatrische Klinik Musterstadt-Nord Fachabteilung »Sucht«	☒ ohne Befund	☒ ohne Vorgeschichte
	☒ Alles	

Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung

Abb. 2

Die stationäre Krankenhausbehandlung war in vollem Umfang medizinisch notwendig.

Prüfung der Kodierung

OPS			
KH	Prüfung		MDK
	PFPP	PFPP	
Intensivbehandlung bei psychischem und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	9-619 12.04.2024	☒	----- Anforderungen nicht erfüllt

Tagesentgelte ET02.04/ET02.03.:

Abb. 3

Die Musterklinik rechnet vom 09.-11.02. OPS-Kodierungen aus der Gruppe 9-61a für Intensivbehandlung mit vier Patientenmerkmalen (Sicherung, Fremdgefährdung, Orientierungsstörung und Antriebsstörung) bzw. ET02.04 ab.
 Vom 12.-18.02. rechnet die Musterklinik OPS-Kodierungen aus der Gruppe 9-619 für Intensivbehandlung mit drei Patientenmerkmalen (Sicherung, Orientierung, Antriebsstörung) bzw. ET02.03 ab.

Eine Dokumentation über die Anordnung und Durchführung individueller Sicherungsmaßnahmen liegt in den Unterlagen nicht vor.

Fehlende Dokumentation

Bei einem Patienten mit paranoider Schizophrenie wurden bei einem stationären Klinikaufenthalt die Intensivmerkmale Antriebsstörung, Selbstgefährdung durch Orientierungsstörung und Sicherungsmaßnahmen erfasst.

Abbildung 4 zeigt die handschriftliche Dokumentation der Situation. Hervorgehoben ist die Begründung des Intensivmerkmals, die unter anderem die Antriebsminderung deutlich machen soll. Was jedoch fehlt, ist die Dokumentation und Anordnung der Sicherungsmaßnahmen. Das reicht aus, um die ergänzenden Tagesentgelte komplett zu streichen, da statt der drei erforderlichen Intensivmerkmale jetzt nur noch zwei stehenbleiben (**Abbildung 5**).

Abb. 4

Frühdienst habe sich Quark in d. Bart geschmiert, da er Zahnschmerzen habe, geht nicht näher auf d. Schmerzen ein, lässt sich nicht motivieren dies auszuwaschen, verspricht dies im Laufe des Tages zu machen. Pat. sehr antriebsgemindert, Affekt flach.

Spätdienst Pat. gibt auf die Schmerzen keine Antworten, liegt viel im Bett, Stimmung gedrückt, wortkarg, lange Antwortzeiten, teilw. Schweigen, Affekt flach.

Nachtdienst mit Unterbrechungen geschlafen

Abb. 5

Beurteilung der Ergänzenden Tagesentgelte (ET):

Die Musterklinik rechnet vom 02.-05.11.24 den OPS 9-619 für Intensivbehandlung mit drei Merkmalen (Sicherung, Antriebsstörung, Selbstgefährdung durch Orientierungsstörung) bzw. ET02.03 ab.

Unterlagen zu Anordnung und Durchführung individueller Sicherungsmaßnahmen sind in den Unterlagen für diesen Zeitraum nicht vorhanden.

Aus den Pflegeberichten an beiden Tagen und dem einmaligen Arztverlauf am 05.11. ist die störungstypische Symptomatik nachzuvollziehen. Eine schwere Antriebsstörung und eine akute Eigengefährdung durch Orientierungsstörung/Realitätsverknennung ist aus den Unterlagen nicht nachzuvollziehen.

Somit ergeben sich keine Ergänzenden Tagesentgelte.

Inkonsistente Dokumentation

Es ist üblich, dass mehr als eine Person an der Dokumentation beteiligt ist. Dabei kommt es aber häufig zu widersprüchlichen Beurteilungen. Im folgenden Beispiel wurden am Datum 18.02. die Merkmale akute Fremdgefährdung sowie akute Selbstgefährdung dokumentiert – links von der Pflege, rechts durch den Arzt (**Abbildung 6**).

Der Vergleich zeigt offensichtliche Inkonsistenzen zwischen den beiden Beurteilungen: So äußert der Visiteneintrag Zweifel an der Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit des Patienten. Dagegen bescheinigt die Pflege dem Patienten Anpasstheit und Distanzierung von Eigen- oder Fremdgefährdung, wodurch eine Begründung der Intensivmerkmale überhaupt nicht mehr gegeben ist.

Pflegerisch	Visiteneintrag
18.02. Pat. verhielt sich angepasst. Hat sich in OA-Visite klar von Eigen- oder Fremdgefährdung distanziert.	18.02. Insgesamt besteht an der Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt Zweifel.

Abb. 6

Ein weiteres Beispiel für inkonsistente Dokumentation und fehlende kommunikative Abstimmung ist der folgende Fall, bei dem für einen Patienten in Regelbehandlung gar keine Intensivmerkmale dokumentiert wurden (**Abbildung 7**).

Es ist umso verwunderlicher, dass der Zustand lediglich zur Kenntnis genommen wird, da sowohl der pflegerische als auch der ärztliche Eintrag dem Patienten sehr hohen Betreuungsaufwand bescheinigen, der ergänzende Tagesentgelte gerechtfertigt hätte.

Pflegerisch	Visiteneintrag
24.01. Benötigt seit 2 Uhr ständige Betreuung durch PP. Zeigt sich zu allen Qualitäten desorientiert.	24.01. Patient höre imperative Stimmen, die ihn zum Suizid auffordern. Nahrungsaufnahme muss vollständig von PP übernommen werden.

Abb. 7

Fazit: Intensivmerkmale immer dokumentieren

2022 konnte man deutschlandweit einen deutlichen Rückgang von Intensivbehandlungen mit drei oder mehr Merkmalen beobachten. Diese Entwicklung ist einerseits der zunehmend kritischen Bewertung des MD geschuldet, was andererseits zu einer Art Selbstzensur bei den Leistungserbringern führt. Um die Sanktionen zu vermeiden, die bei einem negativen Gutachten fällig werden, geben viele Kliniken die Intensivmerkmale gar nicht mehr an. Das ist aber falsch.

Denn von richtig kodierten und dokumentierten Intensivbehandlungen können Kliniken kräftig profitieren. Zusätzlich zu den ergänzenden Tagesentgelten erhöht sich ab drei Intensivmerkmalen auch die Bewertungsrelation pro Tag um einen bestimmten Wert (**siehe Tabelle**). Gleichzeitig steigt also der Schweregrad der gesamten PEPP. Bei einem Maximalversorger mit mehreren Standorten beläuft sich der Zusatzserlös pro Jahr daher locker auf 100.000 bis 200.000 Euro und mehr.

ET	Bezeichnung	ET _D	OPS Version 2021		Bewertungsrelation je Tag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung	
			ET01.04	9-640.06 Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,2065
			ET01.05	9-640.07 Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0459
			ET01.06	9-640.08 Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,8835
ET02 ¹⁾	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen	ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1772
			ET02.04	9-61a Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2207
			ET02.05	9-61b Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2426
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
			ET04.01	9-693.03 Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,6567
			ET04.02	9-693.04 Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7870
			ET04.03	9-693.05 Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,2013
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen	

Um das Potenzial aus ergänzenden Tagesentgelten und erhöhter Bewertungsrelation vollständig auszuschöpfen, gilt es, Fehler in der Dokumentation der Intensivmerkmale so gut wie möglich auszuschalten. Häufig sind diese dem hektischen Arbeitsalltag geschuldet, in dem kaum Zeit für umfangreiche Dokumentationen bleibt und Abstimmungsprozesse häufig zwischen Tür und Angel geführt werden. In der Folge kommt es zu Fehlern: Statusänderungen werden vergessen, Diagnosen erst Tage später nach- oder widersprüchlich doppeltkodiert.

Vielerorts werden Intensivmerkmale in der Erwachsenenpsychiatrie überhaupt erst dann dokumentiert, wenn drei oder mehr davon vorliegen und diese also erlösrelevant werden. Dabei können Kliniken auch mit nur einem dokumentierten Merkmal ihren erhöhten Aufwand zeigen, die Verweildauer rechtfertigen, die Berechnung der Personalbemessung gemäß PPP-RL beeinflussen. Es lohnt sich also, Intensivmerkmale immer zu kodieren. Allein schon, um eine Routine zu etablieren, die Ihnen potenziell signifikante Zusatzserlöse beschern kann. Darum fangen Sie am besten heute noch damit an. Ich hoffe, dass Ihnen dieser Leitfaden dabei hilft.

Haben Sie vertiefende Fragen zu diesem Leitfaden
oder zu Ihrem eigenen PEPP-Controlling?

Dann sprechen Sie mich gerne an.



Sven Lohmann

Teamleitung PEPP-Controlling
sven.lohmann@consus.health
+49 151 52820413