



MDK-Prüfungen im Psych-Entgeltsystem (PEPP)

Was bleibt gleich? Was ändert sich?

Welche spezifischen Probleme wird es geben?

Wo können Lösungen liegen?

Dr. Stephan Neumaier
Leiter Referat Psychiatrische Versorgung

MDK Baden-Württemberg

Agenda

Wie wird bisher geprüft?

Was wird im PEPP-System geprüft werden?

Spezifische Herausforderungen und
Lösungsmöglichkeiten:

Diagnosen

OPS-Kodierung

Fallzusammenführung

Fallauswahl im PEPP-System

Ausblick



Wie wird bisher geprüft?



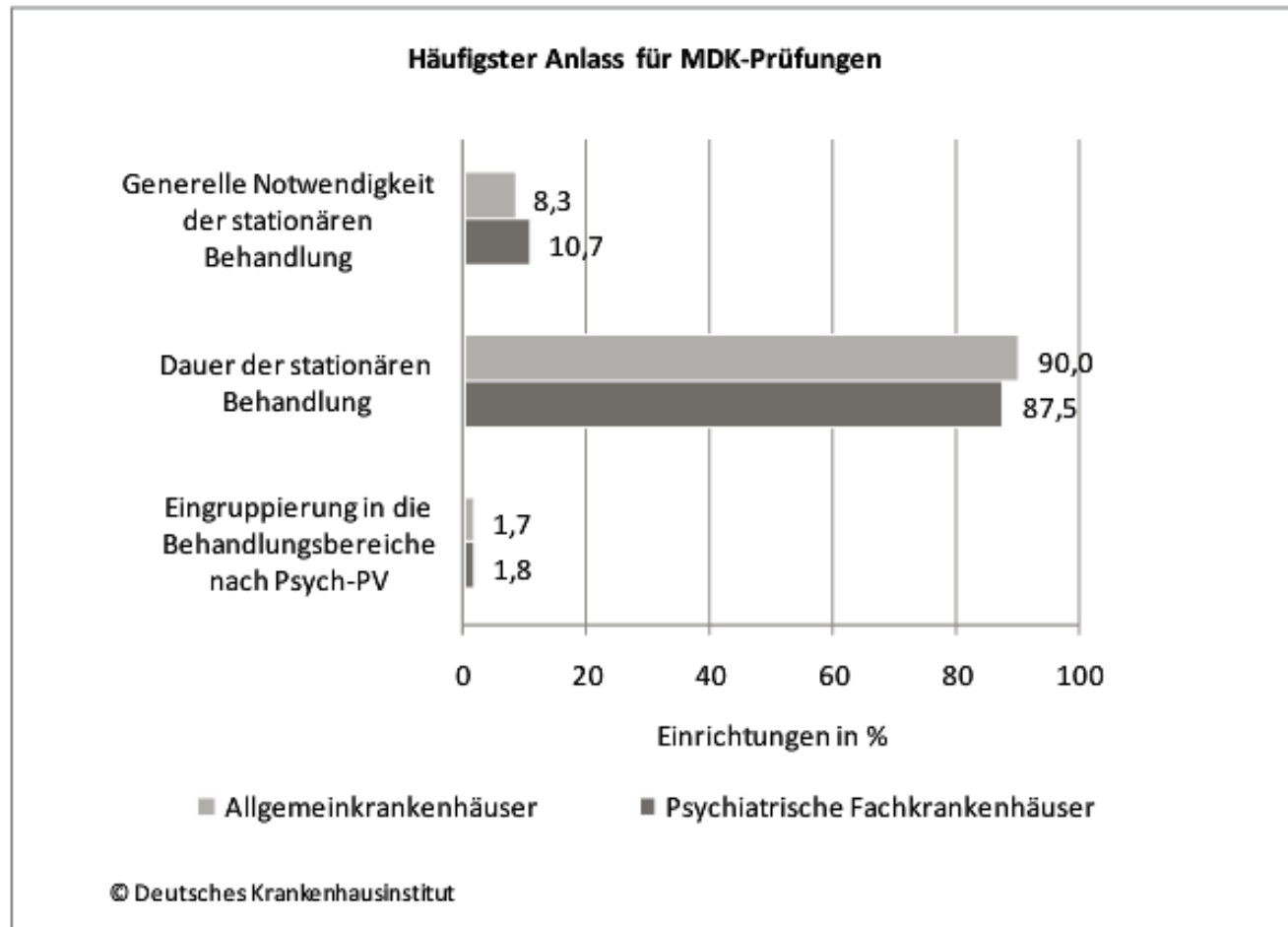
Wie wird bisher geprüft?

Bisher im Einzelfall nur Prüfungen von Fehlbelegung

70% der Fehlbelegungsprüfungen im laufenden Fall
(befristete Kostenübernahmen/ “Verlängerungsanträge”)

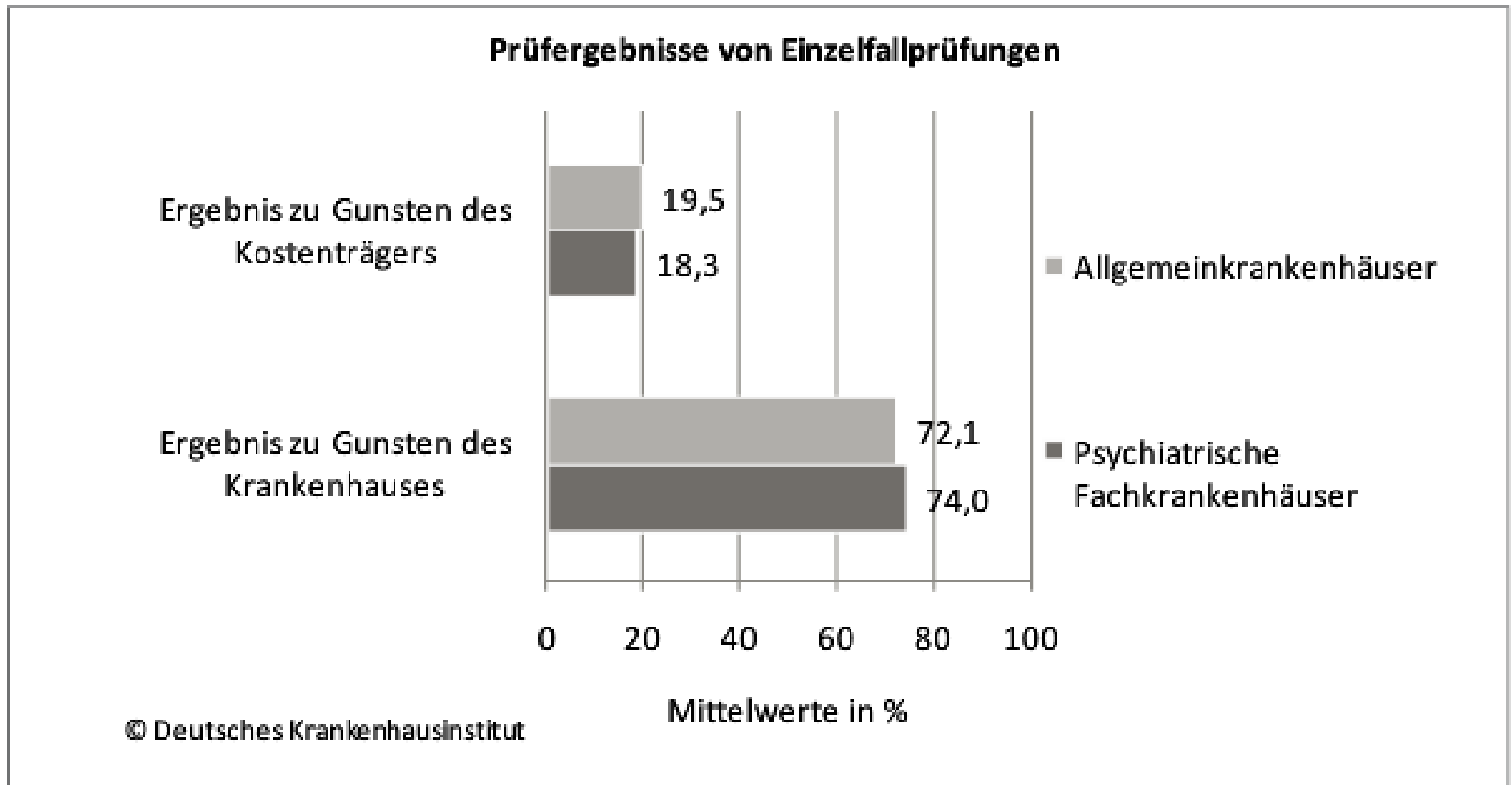
Fallauswahl zum Teil anhand von „Verweildauer-Katalogen“

Wie wird bisher geprüft?



Quelle: DKI-Barometer Psychiatrie 2012/2013

Wie wird bisher geprüft?



Quelle: DKI-Barometer Psychiatrie 2012/2013



Mögliche Konfliktfelder

Begutachtung im laufenden Fall („Verlängerungsantrag“) und nach Abschluss (Abrechnung/Kodierung + Fehlbelegung) bei demselben Fall: *Kann die unterschiedliche Informationslage evtl. zu unterschiedlichen Ergebnissen führen?*

Umgang mit lückenhafter Dokumentation oder unzureichender Dokumentation?

Einheitlichkeit der Begutachtung in Kodierfragen

..

Was wird im PEPP-System geprüft werden?

PEPP-Katalog, Prinzip



**Fallbezogen
gruppieren**

**Tagesbezogen degressiv
vergüten**

Anlage 1a

PEPP-Entgeltkatalog

Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

1. Vergütungsstufe		2. Vergütungsstufe		3. Vergütungsstufe		4. Vergütungsstufe	
Verweildauer		Bewertungs- relation/Tag		Verweildauer		Bewertungs- relation/Tag	
von	bis			von	bis		
3	4	5		6	7	8	
9	10	11		12	13		

Prä-Strukturkategorie

P002A	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit sehr hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung	1	55	2,3653	56	88	1,9049	89		1,6454		
P002B	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung	1	41	2,0379	42		1,7051					
	Erhöhter Betreuungsaufwand bei											

Quelle: http://www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2013/PEPP-Entgeltkatalog

Prüfanlässe

1. Notwendigkeit und Dauer

Wie bisher

2. Kodierung

Wie bei DRG!

3. Kombination (Notwendigkeit und Dauer und Kodierung)

Wie bei DRG!

4. Fallzusammenführung

Wie bei DRG!

5. Ordnungsgemäße Abrechnung in Verbindung mit
Verbringung/Verlegung

Wie bei DRG!

6. Zusatzentgelte

Wie bei DRG!

Prinzipiell möglich, jedoch allenfalls Einzelfälle zu erwarten:

7. Vorzeitige Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen

..

Prüfanlässe, Kodierung

Klinische und demografische Merkmale
(Alter,...**Fachabteilung**)

Haupt- und Nebendiagnosen

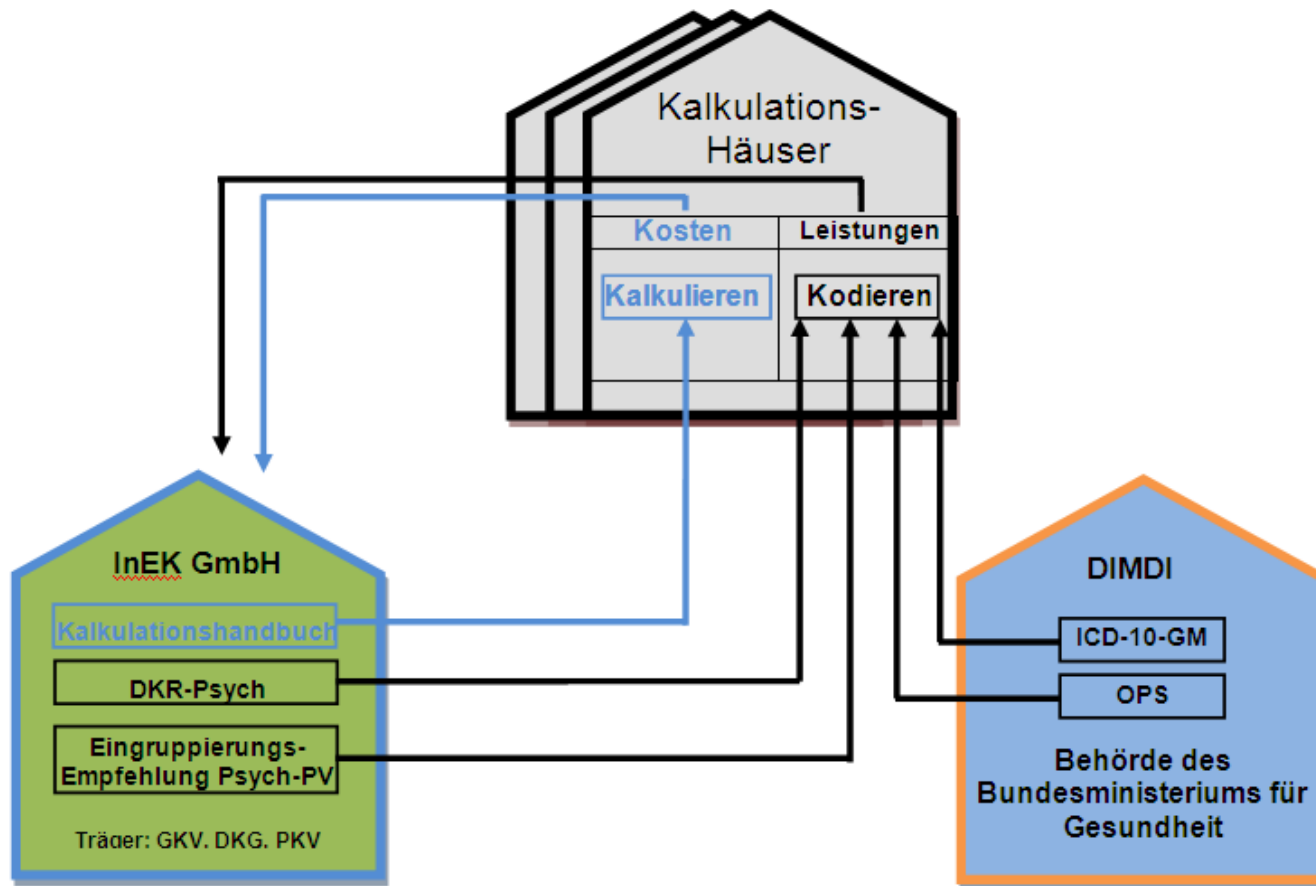
Sind die Diagnosen medizinisch korrekt?

Sind die Diagnosen korrekt kodiert?

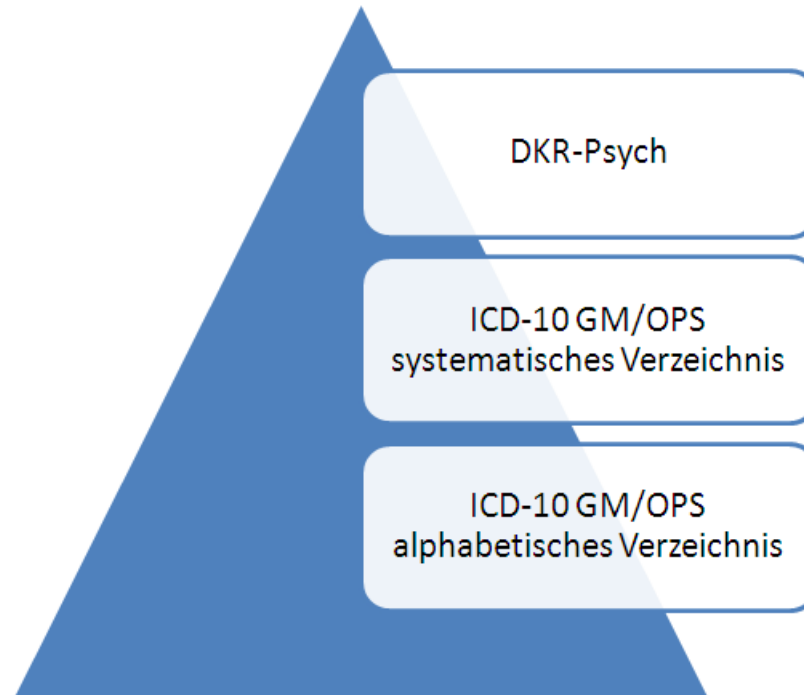
Prozedurenkodes

Sind die Prozeduren korrekt kodiert (Anzahl, Zeit...?)

Regelwerke, Schlüsselverzeichnis



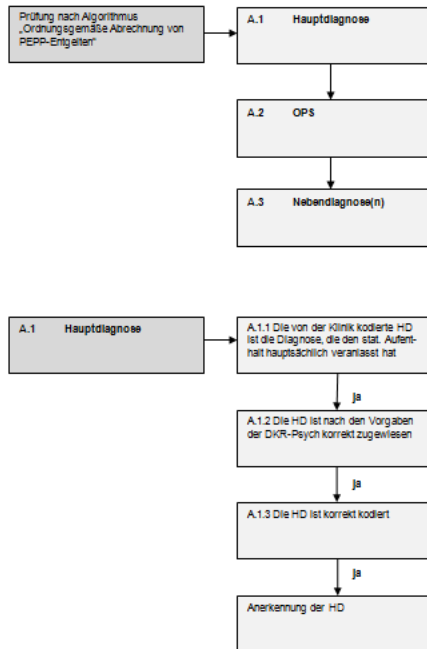
Hierarchie DKR-Psych, systematische- und alphabetische Verzeichnisse



Prüfalgorithmen



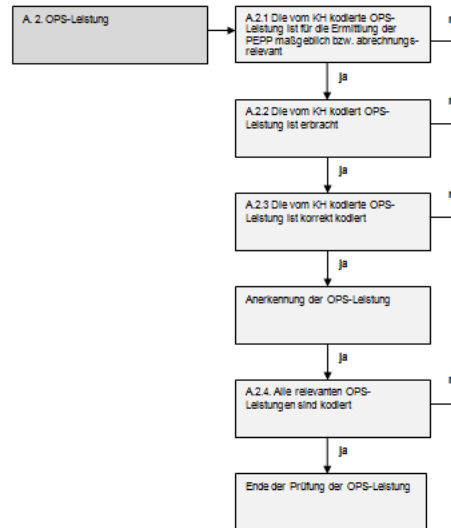
A. Prüfalgorithmus „Ordnungsgemäße Abrechnung von PEPP-Entgelten“



¹⁰ Bei Anfragen zu Teillaspekten der Abrechnung/Kodierung können auch nur ein algorithmischer Anwendung finden

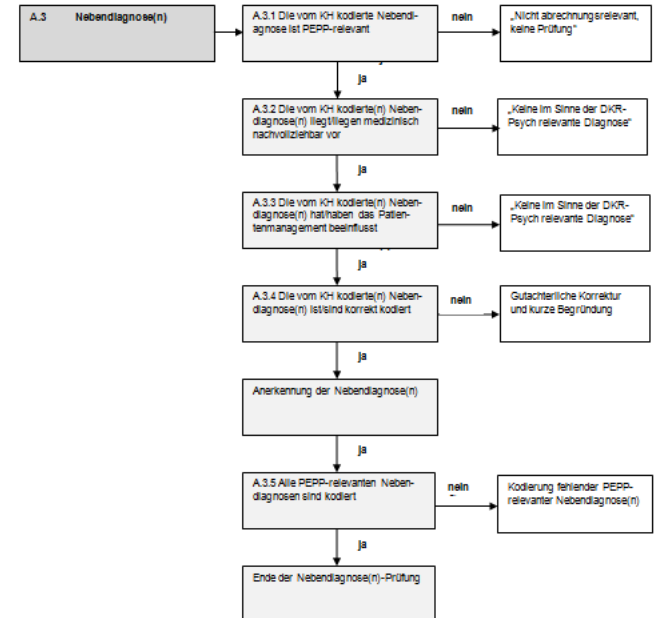
SEG 4 „Vergütung und Abrechnung“, MDK Baden-Württemberg, August 2013

A.2 OPS-Leistung



SEG 4 „Vergütung und Abrechnung“, MDK Baden-Württemberg, August 2013

Seite 32 von 52



SEG 4 „Vergütung und Abrechnung“, MDK Baden-Württemberg, August 2013

Seite 34 von 52



Spezifische Herausforderung Diagnosen

ICD-10-GM 2013, F32.-Depressive Episode



..gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

ICD-10-GM 2013, F32.-Depressive Episode



Leichte depressive Episode

Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

Mittelgradige depressive Episode

Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.



Nach aller Erfahrung geringe nationale
Anpassungsmöglichkeiten, Definitionsmöglichkeiten der
WHO-Klassifikation

Wesentlich werden gründliche Anamnese, Befunderhebung **und**
deren Dokumentation als Basis der Kodierung sein

Potentiell könnten einzelne Konstellationen durch die
Kodierrichtlinie geklärt werden.



Spezifische Herausforderung OPS-Kodierung

Rückblick in die DRG-Welt:

8-552

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Exkl.: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.)

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Frührehabteam unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frührehabteam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverständige kontinuierlich eingebunden sein
 - Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewusstseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbstständigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung. Der Patient hat einen Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle bis maximal 30 Punkte zu Beginn der Behandlung. (Die Berechnung des Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle ist im Anhang zur ICD-10-GM zu finden)
 - Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
 - Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
 - Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und/oder therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, Isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.) in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

Strukturen

Prozesse/
Strukturen/
Patienten/
Pflege

Strukturen/
Prozesse/
Med.Maßnahme

Behandlungs-
dauer

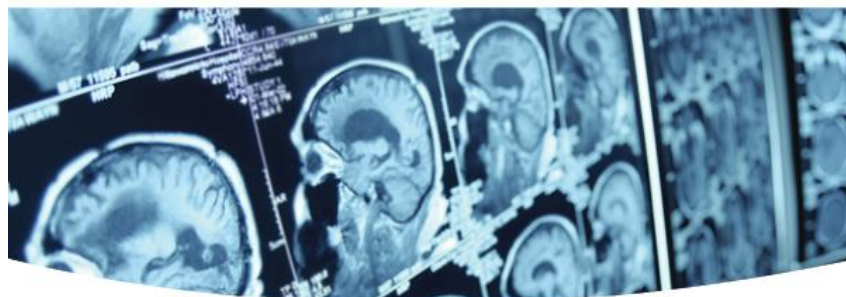
8-552.0

Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-552.5

Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

Lösungen von Definitionsproblemen z.B.:



Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B)

Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Bayern und Arbeitskreis Neurologischer Kliniken in Thüringen:
Neurologische Klinik Bad Aibling · m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn · Moritz-Klinik Bad Klosterlausitz · Heinrich Mann Klinik Bad Liebenstein · m&i-Fachklinik Bad Liebenstein · Neurologische Klinik Bad Neustadt a. d. Saale · Neurologische Klinik Bad Staffelstein · MEDIAN Klinik Bad Tennstedt · Kiliani Klinik Bad Windsheim · Klinikum am Europakanal, Erlangen · m&i-Fachklinik Ennsberg, Hopfen am See · m&i-Klinikgruppe Ennsberg, Hopfen am See · m&i-Fachklinik Herzogenaurach · m&i-Fachklinik Ichenhausen · Bezirkskrankenhaus Mainkofen · Bezirksklinikum Regensburg

Dem Arbeitskreis angeschlossen haben sich:

Segeberger Kliniken GmbH, Bad Segeberg · August-Bier-Klinik, Bad Malente-Grensmühlen · Neurologische Klinik Westend Bad Wildungen · Neurologisches Zentrum Bad Zwesten · Humaine Klinik Geesthacht · Westküstenklinikum Heide · Therapiezentrum Middelburg, Süsel · Ostseeklinik Damp

Entstanden in Zusammenarbeit mit dem MDK Bayern



94 Originalarbeit

Elzacher Konzept und Leistungskatalog der therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B)

Elzacher Concept and Intervention Catalogue of Nursing Therapy in Postacute Neurological Rehabilitation within the German DRG System

Autoren

J. Himaj¹, E. Möller¹, B. Fey¹, S. Neumaler¹, B. Walbel¹, P. Dirschedl¹, C.-W. Walleesch¹

Institute

¹BDH Klinik Elzach
²Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg, Lahr

Schlüsselwörter

- neurologische Frührehabilitation
- Pflegetherapie
- DRG-System

Key words

- neurological early rehabilitation
- nursing therapy
- DRG system

Zusammenfassung

Die im DRG-System erforderliche Dokumentation pflegetherapeutischer Leistungen und die Begutachtung ihrer Erbringung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gestaltet sich schwierig. Vor allem eine eindeutige Trennung von Grund- und therapeutischer Pflege ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht problematisch. Um Reibungsverluste und Schnittstellenprobleme zu minimieren, haben sich Leistungserbringer und MDK zunächst für Baden-Württemberg auf einen Leistungskatalog verständigt. Elzacher Konzept und Leistungskatalog beschreiben die therapeutische Pflege und sind durch die Eingrenzung der Leistungen sowohl für den Leistungserbringer als auch für die Kostenträger bzw. den MDK überschaubar und transparent.

Abstract

The German DRG system defines specialized treatments through a set of minimal requirements, the documentation of which and its assessment by external specialists of the medical service of the statutory health insurance causing frictions between rehabilitation hospitals and the medical service. It is especially problematic to make a clear distinction between nursing care and treatment. To reduce frictions and interface problems, a catalogue of acts of therapy performed by nurses was agreed for neurological early rehabilitation in Baden-Württemberg. This Elzacher concept and catalogue describe therapeutic nursing in neurological rehabilitation and increase transparency and accountability both for providers and cost carriers.

Einleitung

Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation der Phase B nach Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) [1] ist in den meisten Bundesländern leistungsfähig der Krankenhausbehandlung zugeordnet. Sie unterliegt somit dem System der Diagnosis Related Groups (DRG), sofern der Leistungserbringer nicht den Status einer „besonderen Einrichtung“ hat. Das deutsche DRG-System bildet spezielle nicht-operative Leistungskomplexe wie z. B. die neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls auf der Stroke Unit (Operationen- und Prozedurenschlüssel – OPS 9-981), die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (OPS 9-987) und eben auch die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS 8-552) über einen Katalog von Mindestmerkmalen ab, die die Qualität der Leistungserbringung sichern und diese auch einer Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zugänglich machen. Ein anderer Weg wird mit der Gruppe 9-20 des OPS-Kataloges 2010 beschritten, die als Instrument zur Abbildung der Pflege von hochaufwendigen Patienten im Krankenhaus auf „Normalstationen“ dienen soll. Sie stützt sich auf Pflegekomplexmaßnahmen-Scores, die vom Deutschen Pflegerat erarbeitet wurden und die sowohl Maßnahmen der Grundpflege als auch der therapeutischen Pflege beinhalten. Es ist offen, ob Kalkulationen auf der Grundlage der OPS-Gruppe 9-20 zu schwergradpartitionierten DRGs führen oder in diese eingehen oder ob sie Zusatzentgelte begründen werden. Der Erfassung der hochaufwendigen Pflege liegt ein grundsätzlich anderer Ansatz als den bereits bestehenden diagnoseabhängigen Komplexbehandlungen zugrunde; prinzipiell kann – von Kurzliegern abgesehen – jeder Patient in jeder DRG hochaufwendige Pflege im Sinne der OPS 9-20 benötigen. Zu dokumentieren

Himaj J et al. Elzacher Konzept und Leistungskatalog der therapeutischen... Rehabilitation 2011; 50: 94-102



9-61

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Exkl.: Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60)
Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62)
Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur so lange anzugeben, wie Intensivbehandlungsbedarf besteht
Ein erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641), die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (1-903) sind gesondert zu kodieren
Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung oder psychotherapeutischer Komplexbehandlung), werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert
Sofern Therapieverfahren an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen erbracht werden, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen
Als Einzeltherapie gilt eine zusammenhängende Therapie von mindestens 25 Minuten. Dies entspricht einer Therapieeinheit
Gruppentherapien dauern ebenfalls mindestens 25 Minuten. Dies entspricht in Abhängigkeit von der Anzahl der Patienten pro Gruppentherapie einer 1/4, 1/8 oder 1/12 Therapieeinheit. Bei Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 18 Patienten begrenzt. Bei einer Gruppenpsychotherapie mit 13 bis 18 Patienten sind 2 ärztliche oder psychologische Therapeuten erforderlich

Therapiedauer	Einzeltherapie	Gruppentherapie bis 6 Patienten	Gruppentherapie 7 bis 12 Patienten	Gruppentherapie 13 bis 18 Patienten
Mind. 25 min	1 TE	1/4 TE	1/8 TE	1/12 TE
Mind. 50 min	2 TE	1/2 TE	1/4 TE	1/6 TE

- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern)
 - Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern

	bis 6 Patienten	7 bis 12 Patienten	13 bis 18 Patienten
	1/4 TE	1/8 TE	1/12 TE
	1/2 TE	1/4 TE	1/6 TE
	3/4 TE	3/8 TE	1/4 TE

Therapie dürfen Therapieeinheiten für maximal 2 Therapeuten pro
ungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine
, hier spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in
entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen.
usbildung ist für eine Anerkennung der Leistungen
Mitarbeiter eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf z.B.
Diplom-(Sozial-)Pädagoge erhalten
durch die jeweilige Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten zu
rapieeinheiten der Ärzte und Psychologen einerseits und der
fachpersonen andererseits jeweils in einer Gruppe
kodieren
Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung
arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie,
kunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und
tretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
t für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie,
ervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und
)
(psychologischer Psychotherapeut oder Diplom-Psychologe)
uten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter,
eativtherapeuten)
onen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und
pfleger, Altenpfleger)
• Die psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung umfasst ärztliche und
psychologische Gespräche (z.B. Visiten), sozialarbeiterische Interventionen und die
somatische und psychiatrische Grundpflege. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt
zumeist bei häufigen, nicht planbaren und zeitlich begrenzten Einzelkontakten, da die
Patienten meistens nicht gruppenfähig sind

vergleichbare Verfahren:
Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche
Behördenvertretern
ärztliches Gespräch
ung und Monitoring im Rahmen der ärztlich
rapie
therapeuten und Pflegefachpersonen gelten
vergleichbare Verfahren:
erventionen durch Pflegefachpersonen (z.B.
tivierungsbehandlung)
gsverfahren
ungsverfahren
ern
äche mit Betreuern
entionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales
pie (z.B. Sporttherapie)
brungen)
der nachfolgenden Merkmale auf:
Sicherungsmaßnahmen
n Suizidalität oder schwer selbstbeschädigendes
steigert oder reduziert)
ts-/Nahrungsaufnahme
n fehlende Orientierung oder Realitätsverknennung
Gefährdung
n zutreffenden Merkmale sind zu addieren. Ändert
en Merkmale innerhalb einer Woche, ist
der für den jeweiligen Patienten zutreffenden

9-61 Zählweise der Merkmale?

OPS 2013: Die für den jeweiligen Patienten zutreffenden Merkmale sind zu addieren. Ändert sich die Anzahl der zutreffenden Merkmale innerhalb einer Woche, ist entsprechend der Höchstzahl der für den jeweiligen Patienten zutreffenden Merkmale zu kodieren

Merkmal	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
1	X						
2		X					
3							
4							
5							
6						X	
7							X

9-61 Zählweise der Merkmale?



**Kode-Suche in OPS
Vorabversion 2014**

..Die für den jeweiligen Patienten zutreffenden unterschiedlichen Merkmale sind für die jeweilige Behandlungsepisode (maximal eine Woche) zu addieren..

Also hier 7 laut Version 2014!



9-61 Was ist dauerhaft?



**Kode-Suche in OPS
Vorabversion 2014**

Entzugsbehandlung mit ~~vitaler Gefährdung~~ Vitalgefährdung durch somatische
Komplikationen

- Dieses Merkmal ist erfüllt, wenn eine Überwachung der Vitalparameter und der Vigilanz ~~dauerhaft~~ engmaschig erfolgt



9-60 Bereinigung unklarer Begriffe



**Kode-Suche in OPS
Vorabversion 2014**

Die psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung umfasst ärztliche und psychologische Gespräche (z.B. Visite) und die ~~somatische und psychiatrische Grundpflege~~.
Basisversorgung durch weitere Berufsgruppen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Anwendung der genannten Verfahren der ärztlich-psychologischen Berufsgruppen und der anderen Berufsgruppen



„Mindestlohn“ (1)

z.B. 9-61 Intensivbehandlungsbereich, 9-64 Erhöhter Betreuungsaufwand..

„ 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“.



„Mindestlohn“ (2)

3 mal W:

Wer hat es gemacht?

Was ist die berufliche **Qualifikation**?

Wie vergütet?

Belege? Zeugnisse und Lohnabrechnung?

Oder Bestätigung von Verantwortlichen,

das Zeugnis XY vorliegt und nach Tarif XY bezahlt wird?

Erwartung

Die OPS-Vermischung von **Struktur- und Prozess (Mindestmerkmalen)** mit **medizinischen Leistungen und Patientenmerkmalen** wird im Einzelfall dazu führen, dass

der Dokumentationsaufwand hoch

der Prüfaufwand hoch

das Konfliktpotenzial hoch ist

Erwartung

Die Eingrenzung bzw. Definition der zum Teil unscharfen Begriffe wird Fortschritte machen.

Die Kliniken werden maßgeblich die Dokumentationen verbessern.

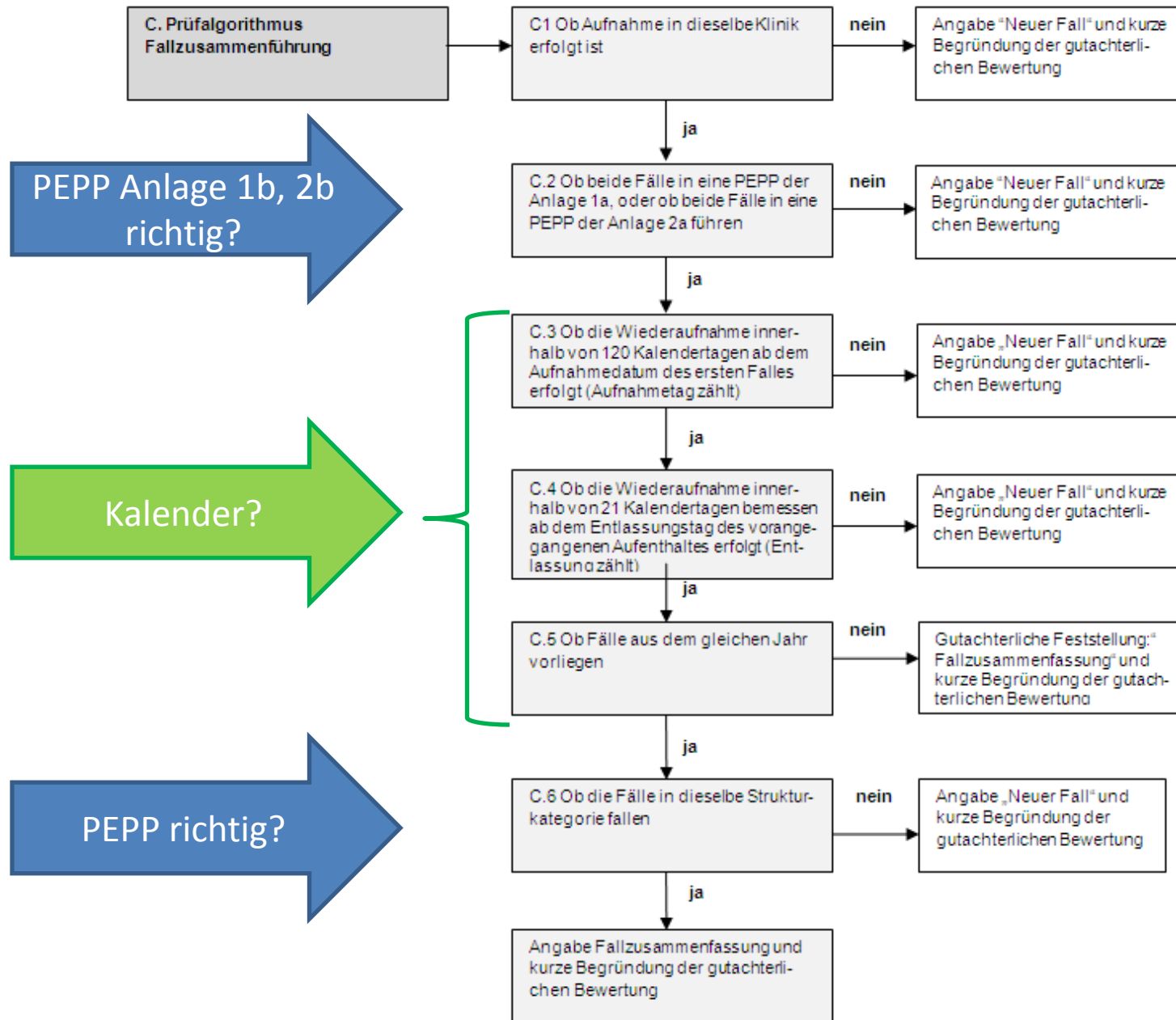
Begutachtungsmaßstäbe werden konvergieren

Schritt für Schritt werden Konfliktfelder abnehmen



Spezifische Herausforderung Fallzusammenführung

Fallzusammenführung



Wiederaufnahme >120 Tage

Zwei Fälle sollen abgerechnet werden. Nach übermittelten Daten nach PEPPV keine Konstellation einer Fallzusammenführung.

F 20.0

1. Fall >120 Tage

2T.

F20.0

2. Fall X Tage

Fall 1 und Fall 2 führen auf eine degressiv vergütete PEPP:
? Lag ein Abschluss der Behandlung im Sinne einer Entlassung bei Fall 1 vor oder eine Belastungserprobung/ Probewohnen ect. und damit Tage ohne Berechnung vor?

Transparenz, innere Plausibilität



Abgerechnet werden soll ein Aufenthalt ab 2.10.2013:

HD		F20.0	Paranoide Psychose
ND		I10.90	Hypertonie, ohne hypert. Krise
OPS	2.10.13	9-615.x	Intensivbehandlung, 3-4 Merkmale...
	7.10.13	9-605.x	Regelbehandlung...
	8.10.13	9-640.03	1:1 Betreuung >18h/d

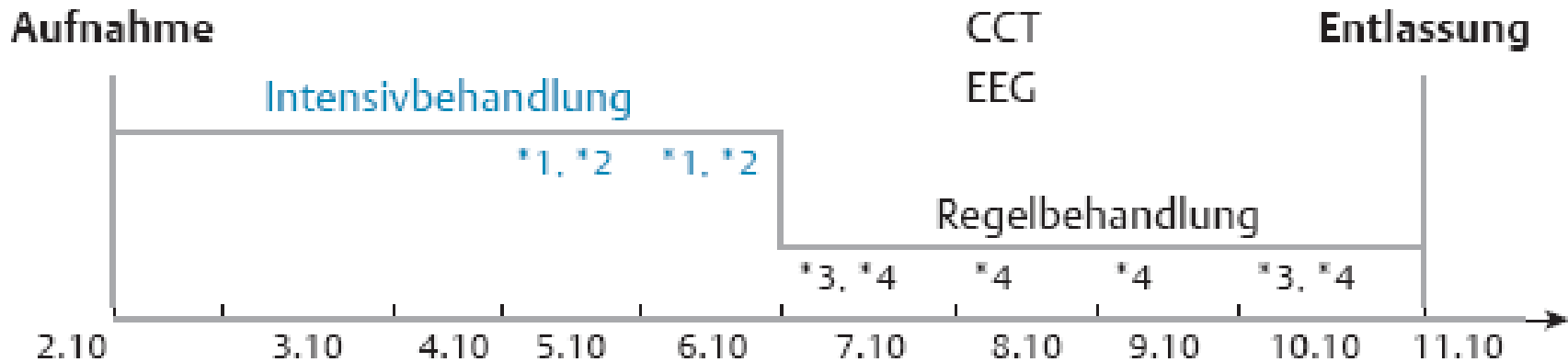
Psych-PV	2.10.13	9-980.1	A2 Intensivbehandlung
	5.10.13	9-980.0	A1 Regelbehandlung

Tob	6.10.13		

Transparenz



Abgerechnet werden soll ein Aufenthalt ab 2.10.2013:



Fazit

Die **Prüf Schwerpunkte** im PEPP-System **entsprechen im Wesentlichen** denen des G-DRG-Systems (Kodierung und Fehlbelegung).

Es bestehen **fachspezifische Besonderheiten, Probleme und Konfliktpotentiale**.

Umfang und Dynamik der Prüfungen wird wie bei Einführung des G-DRG-Systems von der Umstiegsdynamik der Krankenhäuser und den „Trefferquoten“ abhängen.