



Das G-DRG-System 2018

G-DRG und PEPP-Entgelt-Systementwicklung aus medizinischer Sicht

Düsseldorf, 13. November 2017

Dr. N. Schlottmann
Geschäftsführerin Dezernat Medizin I
Deutsche Krankenhausgesellschaft

- G-DRG-System 2018
- Deutsche Kodierrichtlinien 2018
- PEPP 2018
- Deutsche Kodierrichtlinien-Psych 2018
- OPS-Psych 2018

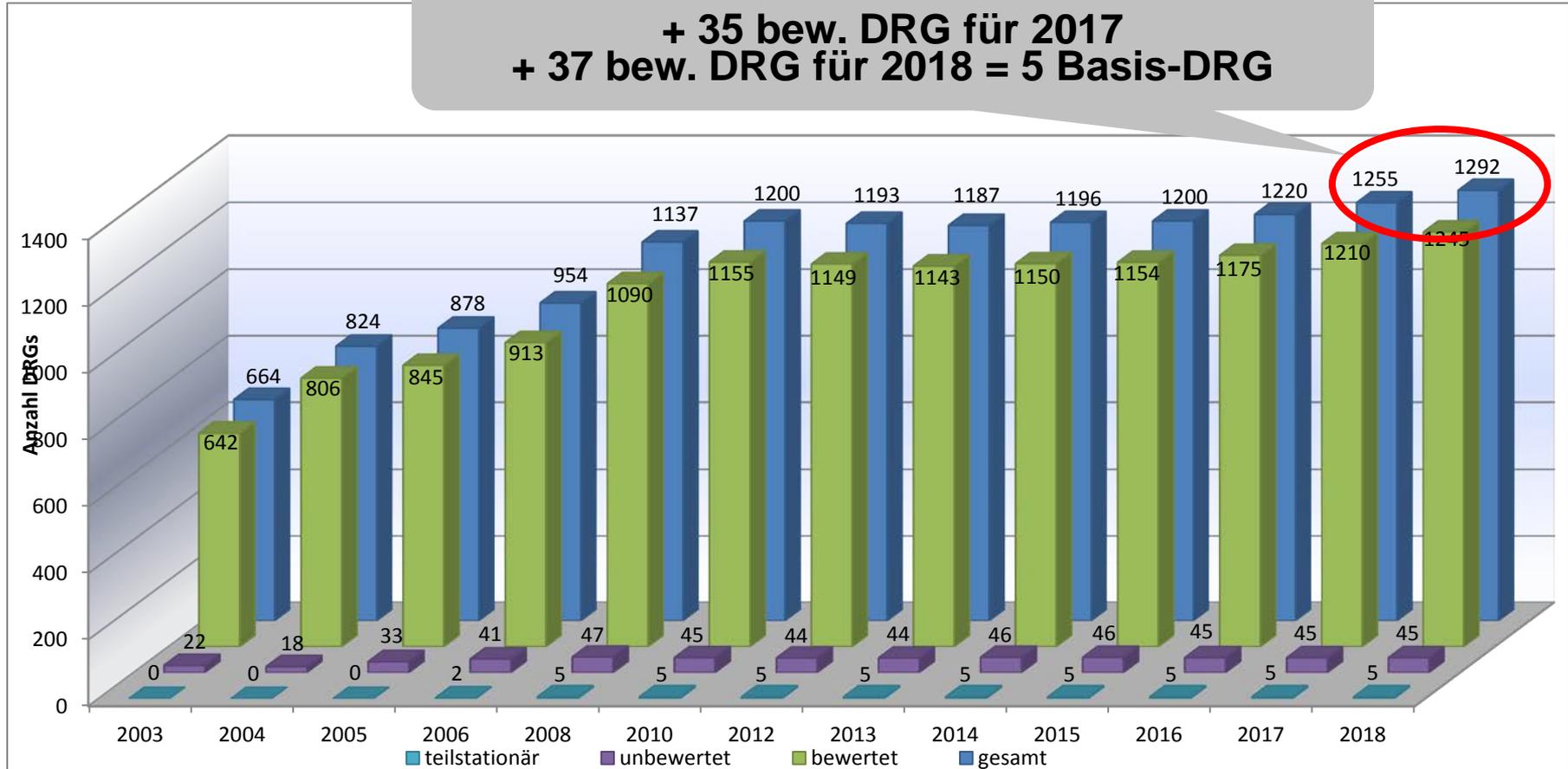
Relevante Änderungen

- 10 neue DRG (4 Basis-DRG) in 4 MDC (MDC 01, 06, 08, 11) für den Themenkomplex „Neurostimulation“, 4 bewertete ZE, 3 unbewertete ZE bei vielfältigen Anwendungsgebieten (Epilepsie, Schmerz, Parkinson...)
- Fortsetzung Trend der Abwertung von Beatmungsstunden zugunsten Intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Beachte: Erhebliches Konfliktfeld zwischen KH und GKV, Strukturmerkmale/ Dokumentation)
- Verschiebung von Wirbelsäulenoperationen aus der MDC 01 (Nervensys.) in die MDC 08 (Muskel und Skelettsys.) und ähnliche Verschiebungen bei einigen konservativen behandelten Fällen bei HD Zervicobrachial-Syndrom und einigen Radikulopathien

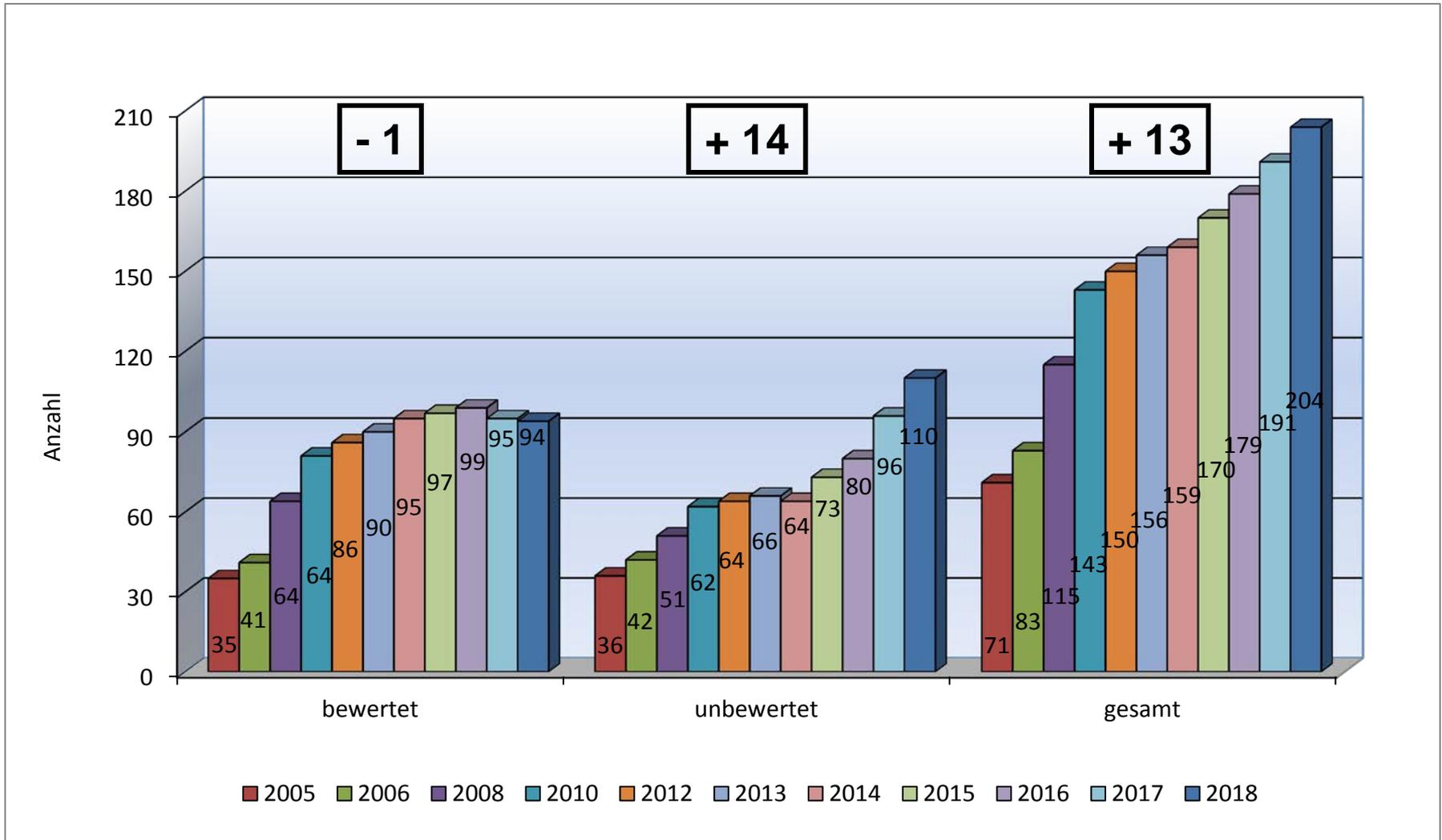
Relevante Änderungen

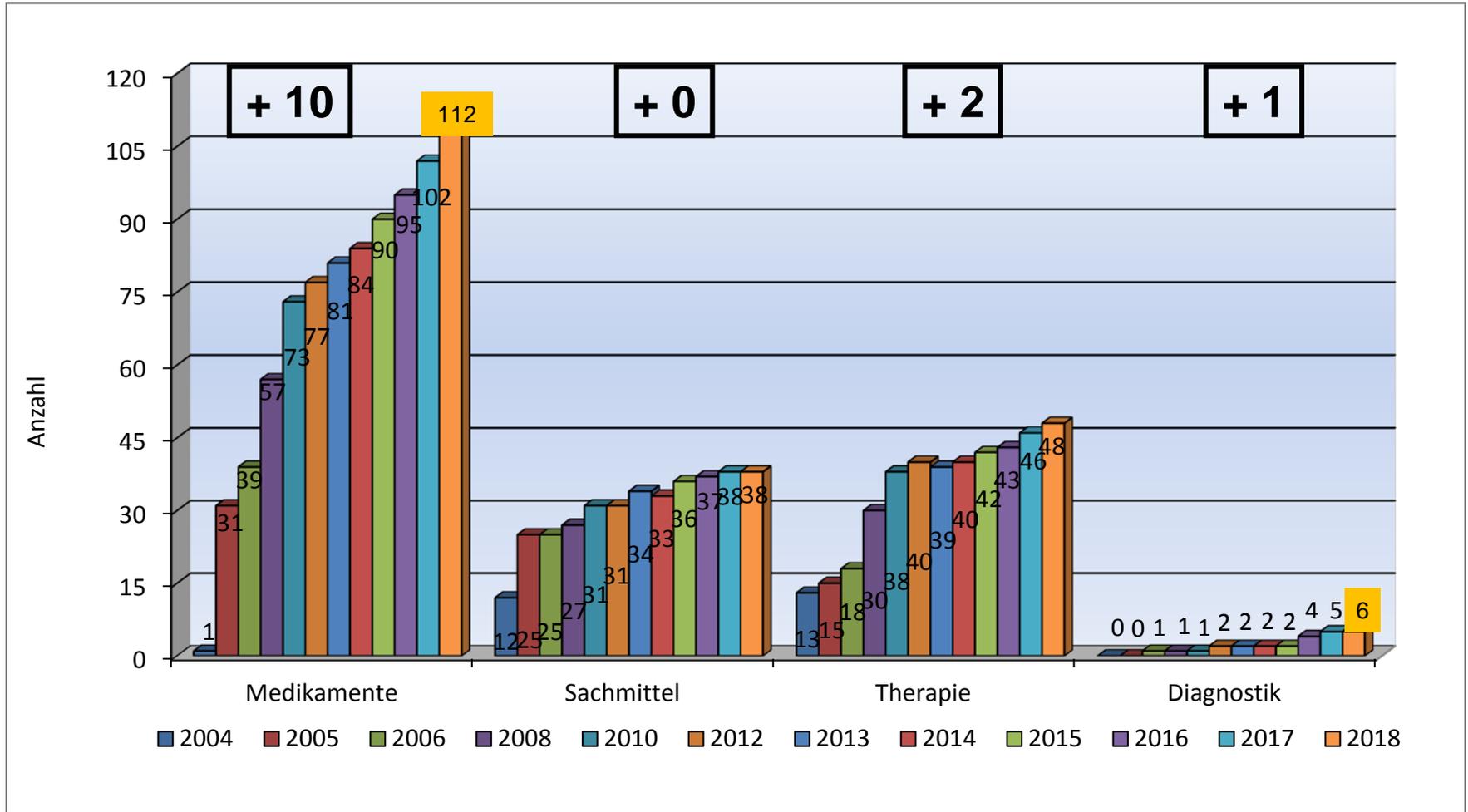
- Erstmalige Berücksichtigung der Codes zur Abbildung der Pflegebedürftigkeit
- Zahlreiche Maßnahmen zur besseren Abbildung von Leistungen bei Kindern (z.B. 284 (+11) reine Kinder-DRG)
- Dreiteilung des ZE2017-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren*, welches bei vorliegen bestimmter Diagnosen nach Überschreiten eines Schwellenwertes von 9.500 Euro abrechenbar war
- Zahlreiche Detailänderungen, die der besseren Abbildung unterschiedlicher Fallgruppen dienen
- Unterschiedliche normative Eingriffe ins System (u.a. zu Sachkosten)

+ 35 bew. DRG für 2017
+ 37 bew. DRG für 2018 = 5 Basis-DRG



MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe +18 DRG







Neue Zusatzentgelte 2018

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Bezeichnung	2018	Entgelt 2018 (€)
Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1, 162) / (DRG-Tabelle 2, 163)	ZE162/163	107,14 / 219,56
Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik, 1-945	ZE2018-152	unbewertet
Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral	ZE2018-140	unbewertet
Gabe von Enzalutamid, oral	ZE2018-141	unbewertet
Gabe von Aflibercept, intravenös	ZE2018-142	unbewertet
Gabe von Eltrombopag, oral	ZE2018-143	unbewertet
Gabe von Obinutuzumab, parenteral	ZE2018-144	unbewertet
Gabe von Ibrutinib, oral	ZE2018-145	unbewertet
Gabe von Ramucirumab, parenteral	ZE2018-145	unbewertet

Bezeichnung	2018	Entgelt 2018 (€)
Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1, in Anhang 1 des Fallpauschalenkataloges)	ZE162	107,14
Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2, in Anhang 1 des Fallpauschalenkataloges)	ZE163	219,56
Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI und Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI		
9-984.8 Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3		
9-984.9 Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4		
9-984.a Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5		

Voraussetzungen:

1. Mind. 5 Tage VWD
2. i.V.m DRG aus Tab.1 bzw. 2

ZE 162 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1), 681 DRG, **107,14 Euro**

801A, 863Z, 960Z, 961Z, 962Z, A01A, A01B, A01C, A02Z, A03A, A03B, A04B, A04C, A04D, A04E, A05A, A05B, A06A, A06B, A06C, A07A, A07D, A07E, A07F, A11B, A11C, A11F, A11G, A13E, A13F, A13G, A15B, A15C, A17A, A17B, A18Z, A42B, A42C, A60B, A60D, A61A, A61B, A61C, A62Z, A63Z, A64Z, A66Z, A69Z, B01A, B02B, B04D, B05Z, B16A, B16B, B17A, B17B, B17D, B17E, B18C, B18D, B19B, B19C, B20A, B20C, B20E, B21B, B42B, B44A, B44D, B60B, B61A, B64Z, B66A, B66C, B67A, B68B, B69A, B70G, B70H, B70I, B71A, B71C, B72A, B74Z, B75Z, B76B, B76C, B76D, B76F, B77Z, B78A, B79Z, B80Z, B84Z, B86Z, C01A, C02A, C03A, C03C, C04A, C04B, C05Z, C07A, C07B, C08A, C08B, C10A, C10B, C10C, C12Z, C15Z, C16Z, C20A, C20B, C61Z, C62Z, C64Z, C65Z, D01B, D02B, D03B, D04Z, D05A, D05B, D06A, D08A, D12A, D12B, D13A, D16Z, D20B, D22A, D22B, D24B, D25A, D25B, D25D, D29Z, D30C, D33Z, D35Z, D36Z, D37A, D37B, D38Z, D39Z, D60C, D61Z, D62Z, D63Z, D64Z, D65Z, D67Z, E01B, E02C, E02D, E03Z, E05A, E05C, E06A, E06B, E07Z, E08A, E08D, E40C, E42Z, E60B, E63A, E63B, E64B, E64D, E65A, E66B, E69C, E69D, E69E, E70A, E70B, E71D, E73B, E75A, E75B, E76C, E78Z, E79A, E79C, F01B, F02A, F02B, F03B, F03D, F03E, F05Z, F06A, F06B, F06C, F07A, F07B, F07C, F08C, F09A, F09B, F09C, F12B, F12C, F12D, F12E, F13B, F14A, F17A, F18A, F18D, F19B, F19D, F20Z, F21B, F27A, F28B, F36A, F39A, F39B, F41A, F49A, F49C, F49F, F49G, F50A, F50B, F50C, F56B, F58B, F59C, F59D, F62A, F62B, F62D, F67A, F67C, F67D, F68A, F68B, F70A, F71B, F73A, F74Z, F75A, F75B, F75C, F77Z, F95A, F95B, F98A, F98C, G01Z, G03B, G07A, G07B, G07C, G08B, G09Z, G10Z, G11A, G11B, G12C, G13A, G13B, G15Z, G16A, G16B, G19C, G21A, G22C, G23A, G23B, G23C, G24A, G24B, G24C, G26B, G27A, G29A, G29B, G33Z, G36C, G37Z, G38Z, G60B, G67C, G70A, G71Z, G72A, G74Z, G77B, H01A, H01B, H02B, H06C, H08B, H09C, H12B, H12C, H15Z, H16A, H16B, H29Z, H33Z, H38Z, H40A, H61A, H61B, H61C, H62A, H62C, I01Z, I05A, I05C, I06C, I08B, I08C, I08D, I08E, I08F, I08G, I08H, I08I, I09B, I09E, I09G, I10A, I10B, I10C, I10E, I10F, I10G, I11Z, I12B, I13B, I13E, I13G, I14Z, I15A, I15B, I16A, I16C, I17A, I17B, I18B, I19A, I19B, I20A, I20B, I20D, I20E, I20F, I20G, I20H, I21Z, I23A, I24Z, I26Z, I27A, I27B, I27E, I28A, I29A, I29B, I29C, I30A, I30B, I30D, I31C, I32B, I32C, I32D, I32E, I32F, I32G, I33Z, I36Z, I37Z, I41Z, I42A, I43A, I43B, I44B, I44C, I44D, I45A, I45B, I46B, I47A, I47B, I47C, I50B, I50C, I54B, I59Z, I60Z, I64A, I64C, I65A, I65C, I66A, I66C, I66D, I66F, I66H, I68B, I68E, I71A, I71B, I73Z, I74B, I74C, I75A, I76B, J01Z, J04Z, J06Z, J07A, J08A, J09A, J09B, J10B, J11B, J11C, J12Z, J14A, J14B, J16B, J17Z, J23Z, J24A, J24B, J24C, J24D, J26Z, J44Z, J61A, J62A, J62B, J64A, J65A, J65B, J68A, J68B, J77Z, K03A, K03B, K06A, K06C, K06D, K07Z, K09D, K14Z, K15A, K15C, K15D, K33Z, K38Z, K44Z, K60B, K60D, K62A, K63B, K63C, K63D, L02A, L02B, L02C, L04A, L04B, L04C, L06A, L06C, L06D, L08A, L08B, L09D, L10Z, L11Z, L13C, L16A, L16B, L16C, L17A, L19Z, L20B, L20C, L37Z, L40Z, L42A, L42B, L44Z, L60C, L62B, L62C, L63A, L63C, L63E, L64A, L64B, L64C, L64D, L68A, L68B, L69A, L70A, L70B, L71Z, L72Z, L73Z, L74Z, M01A, M01B, M02B, M03A, M03B, M04B, M04C, M05Z, M06Z, M07Z, M09A, M09B, M10A, M10B, M11Z, M37Z, M38Z, M64Z, N01A, N01C, N02C, N05A, N05B, N06Z, N07Z, N08Z, N09A, N09B, N10Z, N13B, N14Z, N16A, N16B, N21B, N23Z, N25Z, N33Z, N34Z, N38Z, N60B, N62B, O01A, O01B, O01C, O01D, O01E, O01F, O01G, O01H, O02A, O02B, O03Z, O04A, O04B, O04C, O05A, O05B, O05C, O40Z, O60A, O60B, O60C, O60D, O61Z, O63Z, O65A, O65B, P01Z, P02A, P02B, P02C, P03A, P03B, P03C, P04A, P04B, P05A, P05B, P05C, P06A, P06B, P06C, P60A, P60B, P60C, P61A, P61B, P61C, P61D, P61E, P62A, P62B, P62C, P62D, P63Z, P64Z, P65A, P65B, P65C, P65D, P66A, P66B, P66C, P66D, P67A, P67B, P67C, P67D, P67E, Q01Z, Q02A, Q02B, Q02C, Q03A, Q03B, Q60A, Q60B, Q60D, Q60E, Q63A, R01A, R01C, R01D, R04B, R11C, R12A, R12B, R12C, R13A, R14Z, R16Z, R36Z, R60A, R60B, R60C, R60D, R60E, R61C, R61D, R61G, R61H, R62A, R63A, R63B, R63C, R63D, R63E, R63F, R63H, R65A, R65B, R66Z, S01Z, S60Z, S62Z, S63A, S65A, T01B, T44Z, T60F, T60G, T62A, T62B, T63B, T63C, T64A, T64B, U60A, U60B, U64Z, V40Z, V60B, V64Z, W01B, W01C, W04A, W36Z, W60Z, W61B, X01C, X04Z, X05A, X05B,

ZE 163 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2), 402 DRG, **219,56 Euro**

801B, 801C, 801D, 801E, 802A, 802B, 802C, 802D, A09B, A11A, A11D, A11E, A13A, A13B, A13D, A13H, A15D, B01B, B02A, B02D, B03Z, B04C, B07Z, B09Z, B12Z, B15Z, B17C, B18A, B18B, B20D, B36B, B39A, B39B, B39C, B42A, B44B, B45Z, B47A, B47B, B48Z, B60A, B63Z, B66B, B66D, B67B, B68A, B68C, B68D, B69B, B69C, B69D, B70A, B70B, B70C, B70D, B70E, B70F, B71B, B71D, B72B, B73Z, B76E, B76G, B78B, B81B, B82Z, B85A, B85B, B85C, B85D, C01B, C02B, C03B, C60Z, C63Z, C66Z, D02A, D06B, D08B, D09Z, D13B, D15A, D19Z, D20A, D28Z, D30B, E01A, E02A, E02B, E05B, E06C, E08B, E08C, E40A, E40B, E64A, E64C, E65B, E65C, E66A, E69B, E71A, E71B, E71C, E73A, E74Z, E75C, E77C, E77E, E79D, F01A, F01D, F03A, F03C, F03F, F08A, F08B, F08D, F08E, F08F, F12F, F12G, F12H, F12I, F13A, F13C, F14B, F15Z, F17B, F19A, F19C, F21C, F21D, F21E, F24A, F24B, F27B, F27C, F27D, F28A, F28C, F36B, F41B, F42Z, F43C, F48Z, F49B, F49D, F49E, F51A, F51B, F52A, F52B, F56A, F58A, F59A, F59B, F60A, F60B, F61A, F61B, F62C, F63A, F63B, F64Z, F65A, F65B, F66A, F66B, F67B, F69A, F69B, F70B, F71A, F72A, F72B, F73B, F75D, G02B, G03C, G04Z, G08A, G12A, G12B, G12D, G14Z, G17A, G18A, G18B, G18C, G18D, G19A, G19B, G21B, G21C, G22A, G22B, G27B, G35Z, G36A, G36B, G46A, G46B, G46C, G47Z, G48A, G48B, G50Z, G52Z, G60A, G64A, G64B, G65Z, G66Z, G67A, G67B, G70B, G73Z, G77A, H02A, H05Z, H06B, H07A, H07B, H08A, H09A, H12A, H41A, H41B, H41C, H41D, H44Z, H60Z, H62B, H63A, H63B, H63C, H64Z, H78Z, I02A, I02D, I03A, I03B, I04Z, I05B, I06A, I07Z, I08A, I09C, I09F, I09H, I09I, I10D, I12A, I12C, I13A, I13C, I13D, I13F, I20C, I22A, I22B, I27C, I28B, I28C, I31B, I32A, I34Z, I42B, I46C, I50A, I66B, I66E, I66G, I68C, I68D, I69A, I69B, I74A, I75B, I76A, I77Z, I79Z, I95Z, I98Z, J02A, J02B, J02C, J03Z, J08B, J08C, J10A, J11A, J16A, J18B, J21Z, J22Z, J25Z, J61B, J61C, J64B, J67Z, K09A, K09B, K09C, K15B, K25Z, K60C, K60E, K60F, K62B, K64A, K64B, K64C, K64D, L06B, L07Z, L09A, L09B, L09C, L12A, L12B, L13A, L18A, L18B, L20A, L33Z, L36Z, L60A, L60B, L60D, L62A, L63F, L69B, M02A, M03C, M04A, M60A, M60B, M60C, M61Z, M62Z, N01B, N01D, N02A, N02B, N04Z, N11B, N13A, N15Z, N60A, N61Z, N62A, Q60C, Q61A, Q61B, Q62Z, Q63B, R03Z, R04A, R05Z, R06Z, R07A, R60F, R61B, R61F, R62B, R62C, R63G, S65B, T01A, T01C, T01D, T01E, T36Z, T60A, T60C, T60E, T61Z, T63A, T64C, U40Z, U42B, U42C, U61Z, U63Z, V60A, V61Z, V63Z, W02A, W02B, W04B, W61A, X01A, X01B, X06A, X06B, Y02B, Y03B, Y62B, Z01C, Z64D

209 DRG ohne ZE-Zuordnung



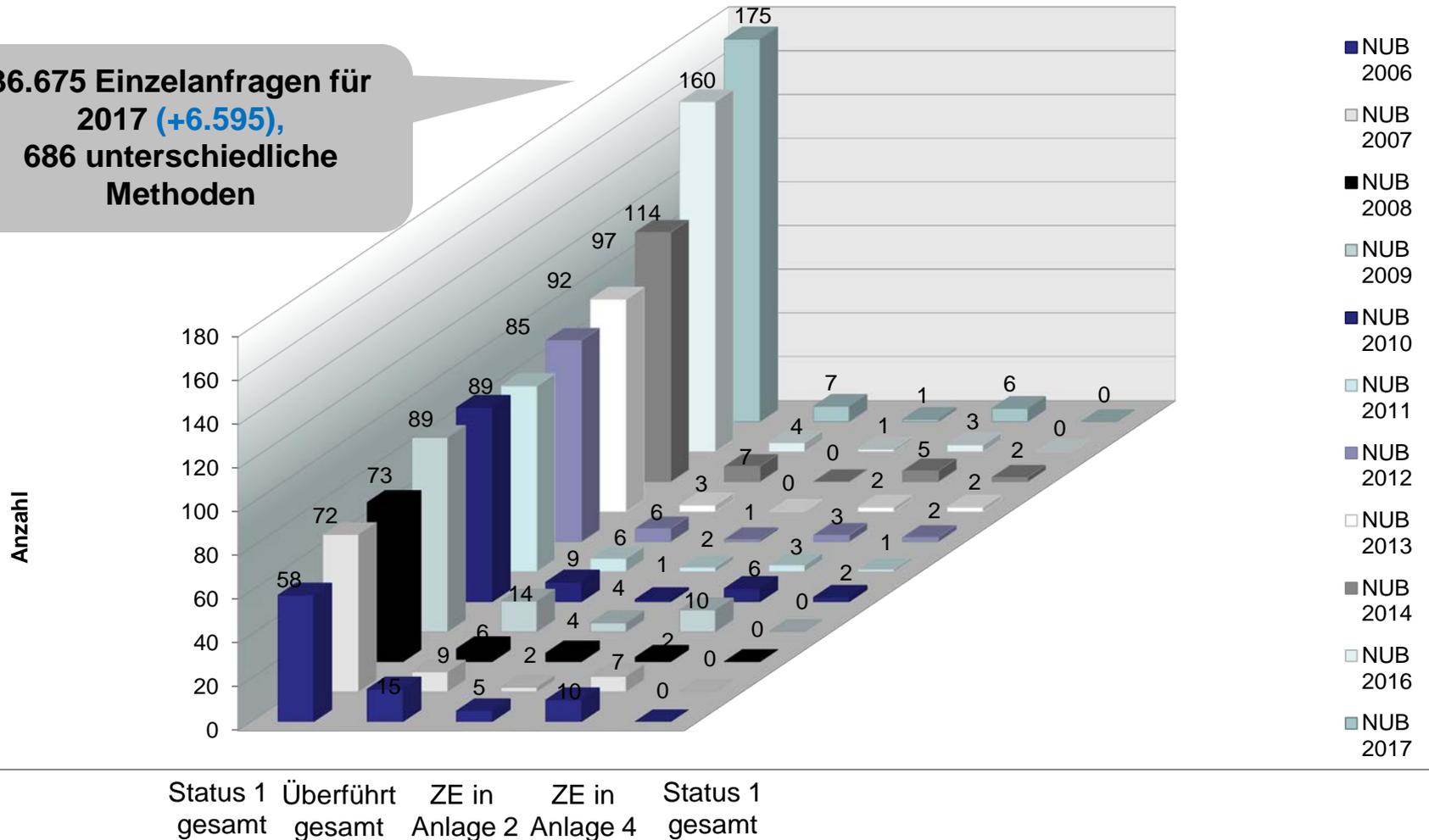
Neue Zusatzentgelte 2018

aus bereits bestehenden ZE (intrabudgetär)

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

ZE 2017	Leistungsbeschreibung 2017	Entgelt 2017 (€)	ZE 2018	Leistungsbeschreibung 2018	Entgelt 2018 (€)
ZE2017-98	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (Schwelle bei 9.500)	unbewertet	ZE2018-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII (Schwelle > 20.000)	unbewertet
			ZE2018-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat (Schwelle > 2.500)	unbewertet
			ZE2018-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (Rest aus ZE2017-98) (Schwelle > 6.000)	unbewertet

36.675 Einzelanfragen für
2017 (+6.595),
686 unterschiedliche
Methoden



Betroffen sind neue Methoden

mit Einsatz eines Medizinproduktes der Risikoklasse IIb und III und aktive implantierbare Medizinprodukte,

- deren technische Anwendung maßgeblich auf Einsatz eines Medizinproduktes beruht
- die ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweisen.
- deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist
- Erstmalige Anfrage nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

Konkretisierungen in der
Medizinproduktemethodenbewertungsverordnung (MeMBV)

<u>Intervention</u>	<u>Indikation</u>	<u>Status</u>
<u>Arterialisierung tiefer Venen, endovaskulär, minimal-invasiv</u>	pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit)	Beratung abgeschlossen
<u>Cerliponase alfa zur Enzymersatztherapie</u>	neuronale Ceroid-Lipofuszinose Typ 2	Beratung abgeschlossen
<u>Elektrostimulation des peripheren Nervensystems durch ein teilimplantierbares Neurostimulationssystem</u>	Schmerzen, chronische	Beratung abgeschlossen
<u>Endoskopische duodenale Thermoablation</u>	Diabetes mellitus Typ 2	Beratung abgeschlossen
<u>Femoro-poplietaler Bypass, endovaskulär</u>	pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit)	Beratung – Beschlussfassung wird vorbereitet
.....

G-BA-Homepage
10 Beratungen
10 Bewertungen



CCL-Matrix 2018

Zusätzlich Anpassung des komplexen
Ausschlussverfahrens mit PCCL-Anstieg

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Anzahl untersuchter Diagnosen	ca. 350	ca. 450	ca. 1.000	ca. 200	ca. 450	ca. 330	ca. 1.010	ca. 1.240	n.n.	ca. 2.600	n.n.	n.n.
Davon												
Abwertungen (auch DRG- spezifisch)	17	46	22	10	3	6	602	1098	338	1.694	1506	808
Aufwertungen	19	54	32	0	3	2				122	13	12
Streichungen	28	32	4	7	10	36	5		0		0	0
Neuaufnahmen	15	19	272	0	11	42	2	58	19	12	42	7
Summe	79	151	330	17	27	86	609	1.156	357	1.828	1561	827





DKR-Anpassung für 2018 (DRG)

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Angepasste DKR

Allgemeine DKR, Diagnosen: D002, D010, D012	3
Allgemeine DKR, Prozeduren: P003, P005, P017	3
Spezielle DKR: 0215, 0103	2

Gründe

Inhaltliche Anpassung: P017 (NEU)	1
Inhaltliche Klarstellung: D012, P003, 0215	3
Redaktionelle Anpassung: D002, D010, P003, P005, 0103	5

(inkl. Anpassungen an ICD oder OPS)

Insgesamt 8 DKR



P017 *Klinische Obduktion und Obduktion zur Qualitätssicherung*



Ausgangslage	Obduktionen sollen gemäß Krankenhausstrukturgesetz als wertvolles Instrument der medizinischen Qualitätssicherung unter bestimmten Voraussetzungen durch Zuschläge finanziell gefördert werden. Ziel ist daher die Obduktionsrate zu erhöhen (vgl. <u>Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG</u> , Quote für 2018: 10 %). Hinsichtlich der Angabe des Leistungsdatums zum <u>Kode 9-990 Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung</u> wurden Fragen aufgeworfen.
Lösung	Einfügen einer neuen Regelung, die die Angabe des Leistungsdatums eindeutig regelt. In der Regel findet die Obduktion zu einem späteren Zeitpunkt statt, d.h. der Termin liegt nach dem Versterben des Patienten und somit nach der „ <i>administrativen Entlassung</i> “. Das Leistungsdatum wurde daher auf den Entlassungstag normativ festgesetzt um Rückfragen und Abrechnungstreitigkeiten zu vermeiden.

- Beatmung
- Kapitel Gynäkologie und Geburtshilfe
- Multiple Prozeduren, Datumsangabe
- Allergietestung
- Uvm.



**Leider ohne
Konsens**



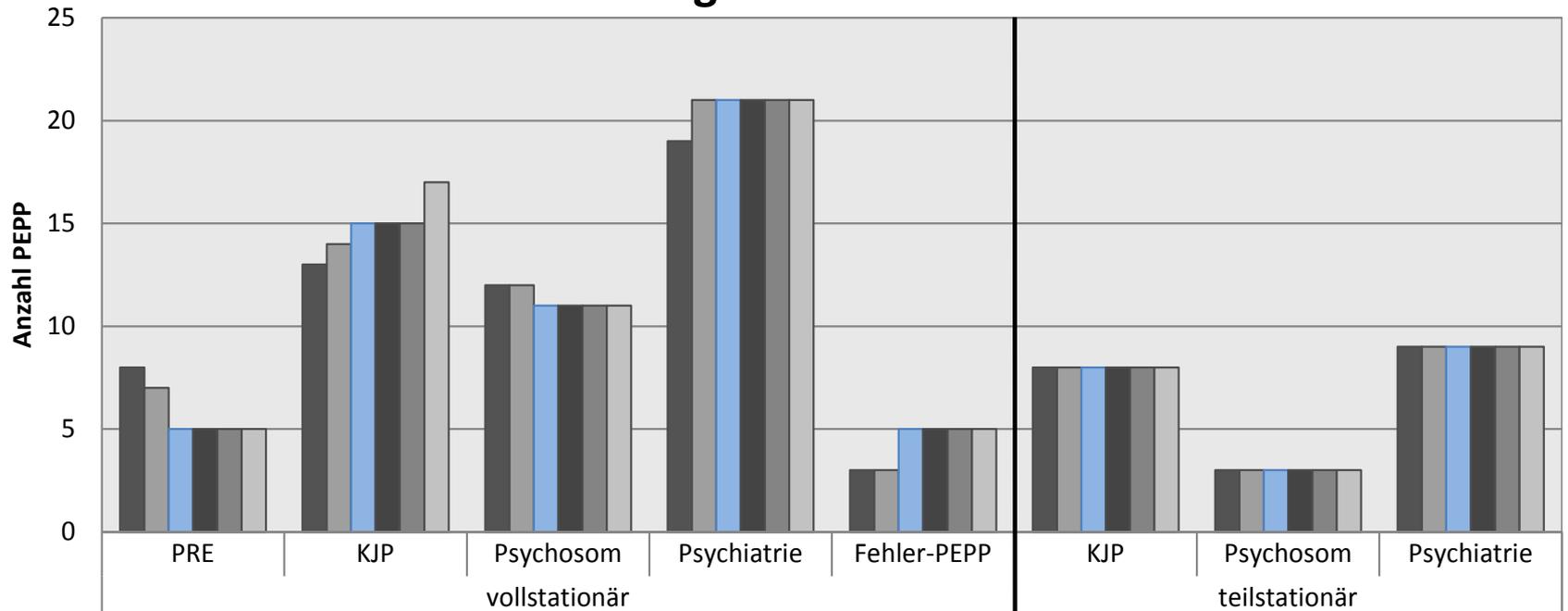
Moderate klassifikatorische Umbauten

- Erweiterung des PEPP-Entgeltkatalog um die Anlagen 6a und 6b für die Stationsäquivalente Behandlung
- 2 neue PEPP in der KJP durch Einführung mehrfacher Splitkriterien
 - PK01 *Intelligenzstörungen...*
 - PK02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*
- Erweiterte Berücksichtigung bestimmter Nebendiagnosen (z.B. zuvor *Virale Enteritiden*, jetzt Nebendiagnose *Enteritis* mit zusätzlich Salmonellen, Camphylobacter, Clostridium difficile, Yersinia enterocolitica)
- Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI in weiteren PEPP
- Einführung Splitkriterium Nebendiagnose Chronische Nierenkrankheit Stadium 4 und 5 in der PA02C
- Anpassungen an Diagnosen und Prozeduren (z.B. Entass- und Krisenkodes in der KJP)

Globale Funktionen

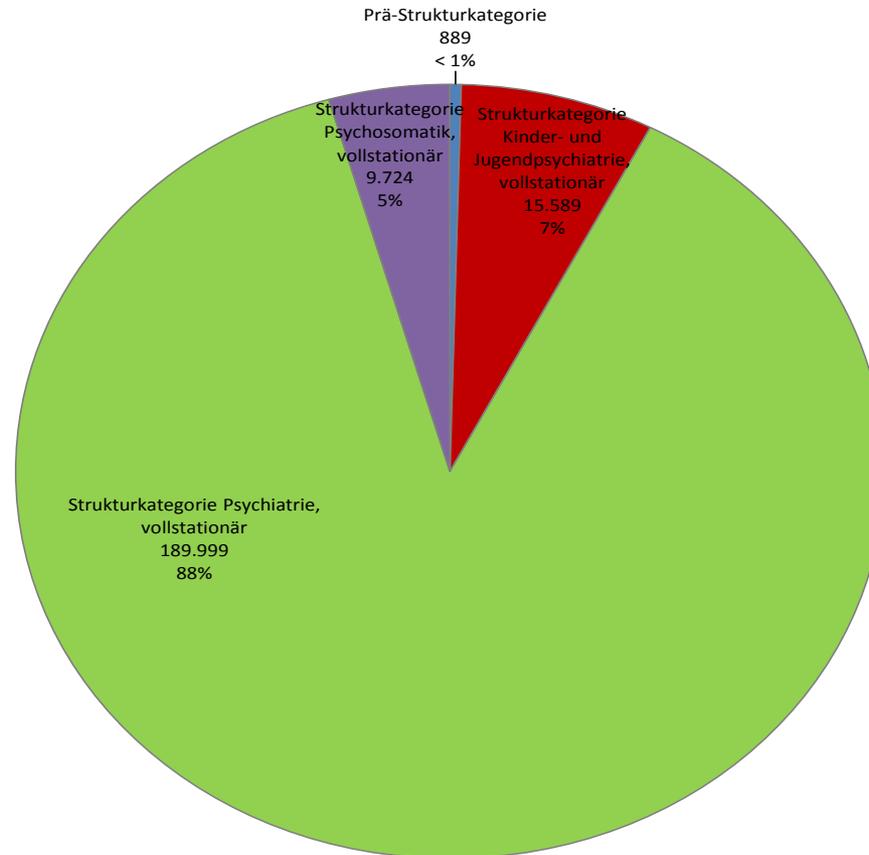
- Leichte Modifikationen i.V.m. den Globalen Funktionen *Therapie Arzt/Psychologe ab 6 und 8 TE mit hohem Anteil (Einzel-/Gruppe)*
- Neue (dritte) Funktion zu TE, *Hoher Anteil Einzeltherapie* (komplexe neue Funktion, Einzel Ä, P, S)
- *Neu, Intensivbehandlung bei KJP mit hohem Anteil* (Logik analog Erwachsene)
- *Neu, Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Erwachsenen* (Logik unverändert aus PA02C übernommen)
- *Neu, Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei KJP* (Anwendung wie bei QE Erwachsene)

Entwicklung der Anzahl der PEPP

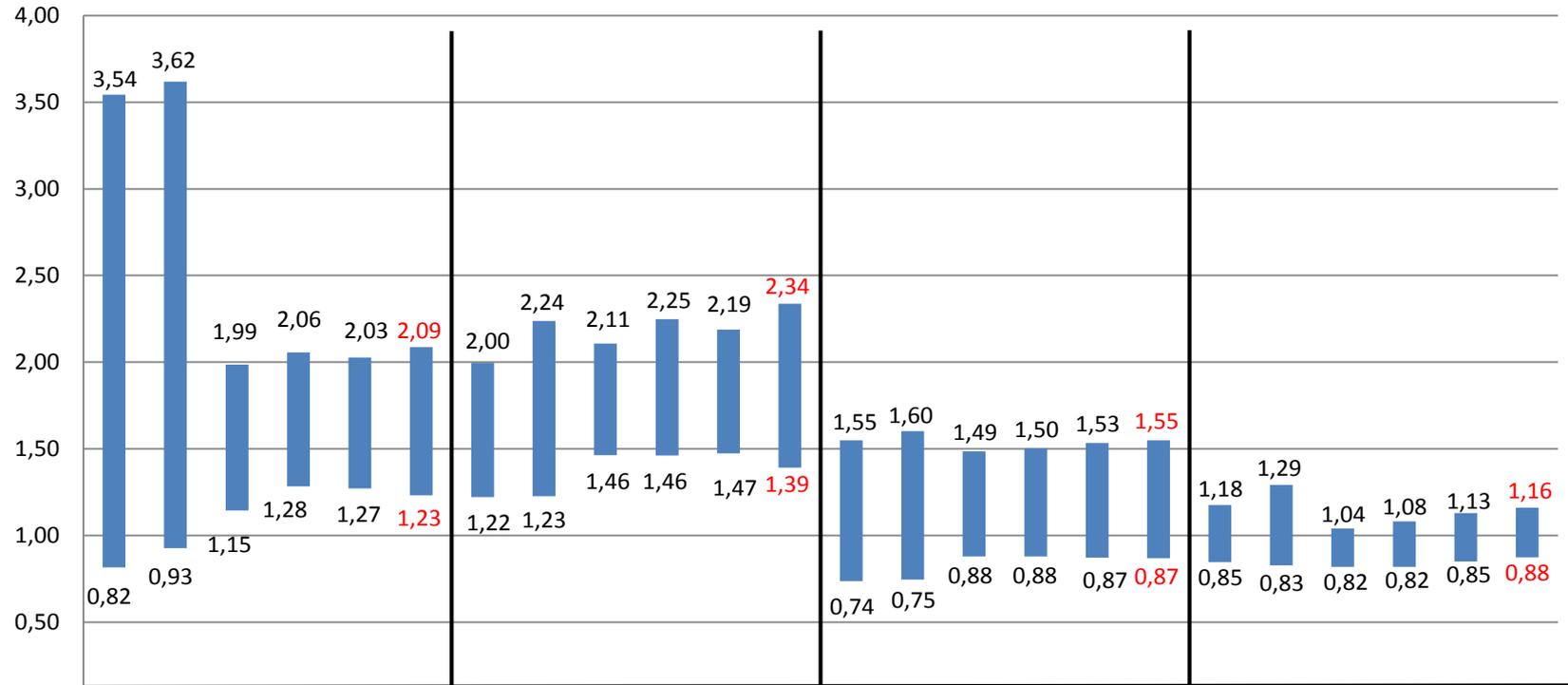


	PRE	KJP	Psychosom vollstationär	Psychiatrie	Fehler-PEPP	KJP	Psychosom teilstationär	Psychiatrie
■ 2013	8	13	12	19	3	8	3	9
■ 2014	7	14	12	21	3	8	3	9
■ 2015	5	15	11	21	5	8	3	9
■ 2016	5	15	11	21	5	8	3	9
■ 2017	5	15	11	21	5	8	3	9
■ 2018	5	17	11	21	5	8	3	9

Fallverteilung bewerteter PEPP (Kalkulationsdaten)



Vergleich der Spannweiten 2013 - 2018



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013	2014	2015	2016	2017	2018						
	PRE						KJP						Psychiatrie						Psychosomatik					
Max BR/ Tag	3,54	3,62	1,99	2,06	2,03	2,09	2,00	2,24	2,11	2,25	2,19	2,34	1,55	1,60	1,49	1,50	1,53	1,55	1,18	1,29	1,04	1,08	1,13	1,16
Min BR/Tag	0,82	0,93	1,15	1,28	1,27	1,23	1,22	1,23	1,46	1,46	1,47	1,39	0,74	0,75	0,88	0,88	0,87	0,87	0,85	0,83	0,82	0,82	0,85	0,88

- Entgelte in Anlage 6b
 - Unbewertete PEPP für Erwachsene, Kinder, 1 Fehler-PEPP
- Neue OPS für die StäB, 9-701 und 9-801 (Leistungsbeschreibung ist zu berücksichtigen)
- PEPPV mit Abrechnungsgrundsätzen (z.B. Vergütung, Fallzählung)
- Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 SGB V, mit Anforderungen an
 - die Dokumentation stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung, inkl. der Dokumentation der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit,
 - die Qualität der Leistungserbringung,
 - die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern

- Voraussetzung: Vorliegen einer psychischen Erkrankung und Indikation für stationäre Behandlung
- Sie umfasst Behandlung im häuslichen Umfeld, stellt bei Bedarf neben aufsuchender Behandlung Nutzung weiterer Ressourcen des Krankenhauses sicher (z.B. Gruppentherapien)
- Mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Ärzte, Pflege + 1 weitere Berufsgruppe)
- Wöchentliche ärztliche Visite und Fallbesprechung (bei mehr als 6 Tagen)
- Mindestens 1 direkter Patientenkontakt pro Tag
- Kodes auch für Leistungen anderer an der ambulanten Behandlung teilnehmender Leistungserbringer
- Differenzierung nach berufsgruppenspezifische Therapiezeiten am Patienten
-

- Die meisten PEPP
- Teilstationäre PEPP
- Unbewertete PEPP
- Ergänzende Tagesentgelte
- Zusatzentgelte (außer Anpassungen in Folge von Änderungen zum DRG-System)
- DKR-Psych (nur redaktionelle bzw. Anpassungen an ICD/OPS)

*„Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem **sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.**“*

- OPS-Anpassungen insgesamt sehr enttäuschend
- Primär Streichung von eher selten genutzten Codes (z.B. Notlagenkode Erwachsene, Supervision Erwachsene/KJP, Krisenkode KJP, Komplexer Entlassungsaufwand KJP), aber keine Änderung der Schwellenwerte in den PEPP
- Zusammenführung Regelbehandlung KJP für Kinder und Jugendliche
- Änderung der Beschreibung der Patientenmerkmale für Intensivbehandlung
- Intensive Beaufsichtigung bei KJP in Erhöhter Betreuungsaufwand
- Neue Codes für die stationsäquivalente Behandlung Erwachsene/KJP
- PKMS Erfassung für KJP im Bereich § 17d KHG abgeschafft
- Keine Abschaffung der TE-Erfassung und Kodierung

Änderung der Systematik zur Abbildung der Behandlungsarten und der Therapieeinheiten

bis einschließlich 2015

Primärkodes	Zusatzkodes
i.d.R. wöchentlich anzugeben, dabei gemeinsame Abbildung der Behandlungsart und der TE (getrennt für Ärzte/Psych. und Pflege/Spezialth.)	je nach Behandlung

seit 2016

Primärkodes	TE-Kodes	Weitere Zusatzkodes
Angabe zu Beginn und bei jedem Wechsel der Behandlungsart bzw. der Anzahl der Intensivmerkmale	streng wöchentliche Angabe, unabhängig von Behandlungsart, differenziert nach 4 Berufsgruppen und jeweils nach Einzel- und Gruppentherapie	je nach Behandlung



Fallbeispiel

(Primärkodes und Therapieeinheiten)

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Beispiel: Patient mit 4 Wochen vollstationärer psychiatrischer Behandlung:

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Behandlungsart	Intensivbehandlung 2 Patientenmerkmale							Regelbehandlung							Intensivbehandlung 2 Patientenmerkmale					Regelbehandlung								
Therapieeinheiten	jeweils 1 TE Einzel durch Ä/P/ST/PF jeweils 0,5 TE Gruppe durch Ä/P/ST/PF							jeweils 1 TE Einzel durch Ä/P/ST/PF jeweils 0,5 TE Gruppe durch Ä/P/ST/PF							jeweils 1 TE Einzel durch Ä/P/ST/PF jeweils 0,5 TE Gruppe durch Ä/P/ST/PF					jeweils 1 TE Einzel durch Ä/P/ST/PF jeweils 0,5 TE Gruppe durch Ä/P/ST/PF								

Kodierung 2015

Primärkodes (inkl. TE)																													
Regelbehandlung																													
Ärzte/Psychol. (9-605.0)								X												X								X	
Spezialth./Pflege (9-606.0)								X												X								X	
Intensivbehandlung																													
Ärzte/Psychol. (9-614.10)	X														X														
Spezialth./Pflege (9-614.20)	X														X														

Summe: 10 Kodes

Kodierung 2016/2017

Primärkodes (ohne TE)																													
Regelbehandlung (9-607)								X												X									
Intensivbehandlung (9-618)	X														X														
TE-Kodes																													
Einzelth. Ärzte (9-649.10)	X							X							X											X			
Gruppenth. Ärzte (9-649.20)	X							X							X											X			
Einzelth. Psychol. (9-649.30)	X							X							X											X			
Gruppenth. Psychol. (9-649.40)	X							X							X											X			
Einzelth. Spezialth. (9-649.50)	X							X							X											X			
Gruppenth. Spezialth. (9-649.60)	X							X							X											X			
Einzelth. Pflege (9-649.70)	X							X							X											X			
Gruppenth. Pflege (9-649.80)	X							X							X											X			

Summe: 36 Kodes

- Zu hoher Differenzierungsgrad auf Basis vager Vermutungen hinsichtlich Zielerreichung (z.B. Abbildung von Kosten-/Leistungs-/Strukturunterschieden)
- Abrechnungsgetriebene Präzisionsanforderungen an Definition der Codes und Regelwerke sind mit Zweck von Klassifikationen nicht mehr vereinbar, Codes zu komplex, Fehler unvermeidbar
- Absurde, teilweise widersprüchliche Anforderungen
- Wenige Systementwickler lernen auf Kosten aller Anwender (Flächendeckende Anwendungsverpflichtung)
- Klassifikationsassoziierter krankenhauserinterner Dokumentationsaufwand immens
- MDK-Prüfungen, Auslegungsvielfalt, Kontrollbürokratie, Misstrauenskultur



Kennzahlen Qualitätsreport

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

- 1544 Krankenhäuser
- 2,5 Millionen Datensätze
- 266 QS-Indikatoren
- 24 Leistungsbereiche

-
- Klassifikationen und „Ergänzungswerke“ zu komplex und teilweise mit divergierenden Anforderungen stellen Anwender vor unlösbare Probleme
 - Sowohl Abrechnung als auch Qualitätssicherung sind zielgenau und dokumentationsarm zu gestalten
 - Sachgerecht eingesetztes Personal erforderlich, um Überforderung und Demotivation zu vermeiden
 - Nächsten Bürokratieschub vermutlich i.V.m. Personalanhaltzahlen zu befürchten
 - Den Dokumentationsaufwand auf des notwendige Maß zu begrenzen ist die zentrale Herausforderung an Politik und Selbstverwaltung

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit