



# Die DRG-Kodierung aus Sicht des MDK

Dr. Norbert Lübke

(Kompetenz-Centrum Geriatrie)

# Übersicht: Allgemeiner Teil

---



- Gesetzliche Grundlagen der Einzelfallprüfung
- Auftragsbezogene Einzelfallprüfung
- Prüfverfahren nach § 17c KHG
- Ablauf von Einzelfallprüfungen
- MDK-interne Vorbereitungen / Qualitätsmanagement

# Übersicht: Spezieller Teil

---



- Spezifische Abbildung der Geriatrie im Fallpauschalenkatalog
- Deutsche Kodierrichtlinien
- ICD-10-GM
- OPS-301 Version 2004

→ **Fazit**

# Gesetzliche Grundlagen der Einzelfallprüfung



## Gesetzliche Grundlagen für die Einzelfallprüfung im Krankenhaus 2003:

- Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.04.2002
- Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV 2003) und DRG-Fallpauschalenkatalog 2003
- §275 Abs.1, Nr.1 SGB V (Änderungsfassung vom 23.04.2002)
- (Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17.07.2003)
- Landesverträge nach §112 SGB V in Verbindung mit §§ 275 und 276 SGB V

# Gesetzliche Grundlagen der Einzelfallprüfung

---



## §275 Begutachtung und Beratung

- Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmtem Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,
  - bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Art, Voraussetzung und Umfang der Leistung,
  - ....

eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

# Gesetzliche Grundlagen der Einzelfallprüfung



## §275 Begutachtung und Beratung (Änderungsfassung vom 23.04.2002)

- Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,
    - bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Art, Voraussetzung und Umfang der Leistung, **sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung**
    - ....
- eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

# Gesetzliche Grundlagen der Einzelfallprüfung



## Gesetzliche Grundlagen für die Einzelfallprüfung im Krankenhaus 2003:

- Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.04.2002
- Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV 2003) und DRG-Fallpauschalenkatalog 2003
- §275 Abs.1, Nr.1 SGB V (Änderungsfassung vom 23.04.2002)
- (Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17.07.2003)
- Landesverträge nach §112 SGB V in Verbindung mit §§ 275 und 276 SGB V

# Gesetzliche Grundlagen der Einzelfallprüfung

---



## Neue Grundlagen in 2004:

- Dt. Kodierrichtlinien (DKR) 2004 (allg. und spez. Teil)
- ICD 10-GM Version 2004
- OPS-301 Version 2004
- Definitionshandbuch G-DRG Version 2003/2004 (Band 1-5)
- Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV 2004) und neuer DRG-Fallpauschalenkatalog 2004 vom 13.10.2003
- Neuer Vertrag nach §115b SGB V (Vorrang ambulantes Operieren) ab 01.01.2004

# Auftragsbezogene Einzelfallprüfung



## Prüfungsschwerpunkte 2003:

- Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung
- Dauer der Krankenhausbehandlung (UGVD, OGVD)
- sachgerechte Zuordnung der Krankenhausleistung(en) zu Fallpauschalen und Sonderentgelten gemäß BPfIV
- sachgerechte Kodierung von Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Prozeduren
- vorzeitige Entlassung / Verlegung
- Wiederaufnahme wegen Komplikationen nach §8 (5) KHEntgG

# Auftragsbezogene Einzelfallprüfung



## **Ergänzende Prüfungsschwerpunkte 2004:**

- Rückverlegung (Hauptdiagnoseprüfung)
- Wiederaufnahme (§2 KFPV 2004)
- Andere Entgeltarten
  - Zusatzentgelte z.B. ZE 01Hämodialyse (§5 KFPV 2004)
  - teilstationäre Leistungen (krankenhaus-individuelle Entgelte nach §6 KFPV 2004)
  - sonstige Entgelte (krankenhausindividuell) z.B noch nicht mit DRG-FP vergütbare Leistungen (nach §7 KFPV 2004)
- Zusammenhangsfragen jeder Art

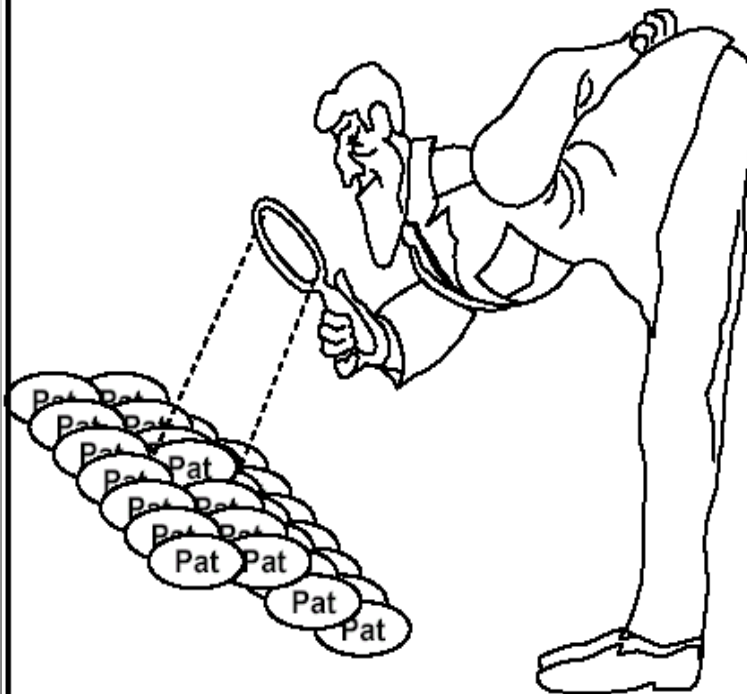
# Neue Methoden der MDK-Prüfung

GKV MDK MDS

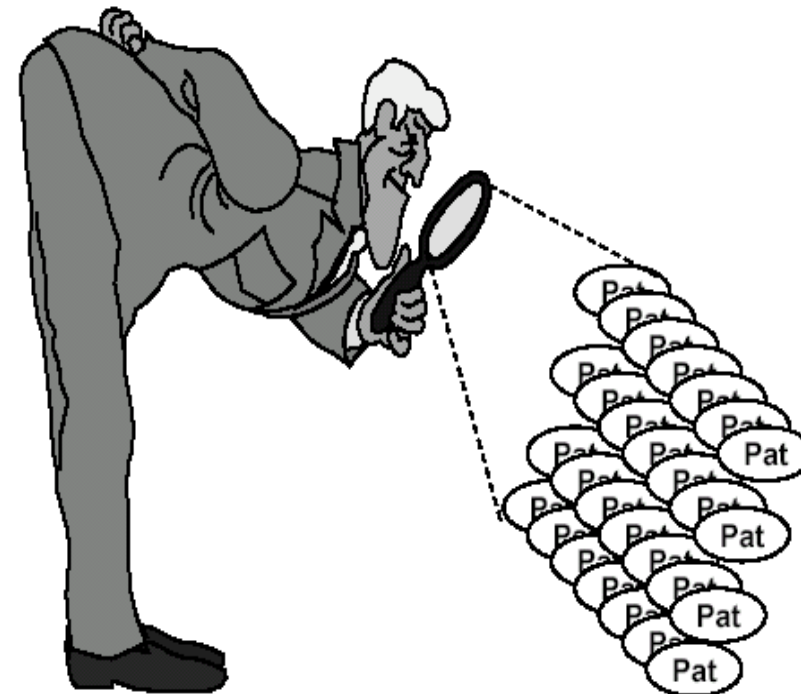


# Prüfverfahren nach § 17c KHG

Bis 31.12.2002:  
Einzelfallprüfung



Ab 01.01.2003:  
Stichprobenprüfung



# Prüfverfahren nach § 17c KHG



## Verfahrensfragen nach § 17c KHG:

- Rahmenempfehlungen nach Abs. 4, Satz 9 auf Bundesebene noch nicht veröffentlicht
- (für HH und B/Brdbg) noch keine Landesregelungen vom Schlichtungsausschuss festgelegt
- Prüfaufträge nach § 17c KHG im Hinblick auf Anzahl und Inhalte noch nicht absehbar
- Prüfungen prinzipiell sinnvoll im Hinblick auf die Systempflege

# Prüfverfahren nach § 17c KHG



## § 17c Abs. 4, Satz 8-10 KHG:

<sup>8</sup> Im Übrigen vereinbart der Ausschuss mit der Mehrheit der Stimmen bis zum 13.03.2003 das Nähere zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes, insbesondere zu der fachlichen Qualifikation der Prüfer, Größe der Stichprobe, Möglichkeit der Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor Weiterleitung an die Krankenkassen.

<sup>9</sup> Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG geben gemeinsam Empfehlungen zum Prüfverfahren ab.

<sup>10</sup> Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Ausschuss.

# Prüfverfahren nach § 17c KHG



## Verfahrensfragen nach § 17c KHG:

- Rahmenempfehlungen nach Abs. 4, Satz 9 auf Bundesebene noch nicht veröffentlicht
- (für HH und B/Brdbg) noch keine Landesregelungen vom Schlichtungsausschuss festgelegt
- Prüfaufträge nach § 17c KHG im Hinblick auf Anzahl und Inhalte noch nicht absehbar
- Prüfungen prinzipiell sinnvoll im Hinblick auf die Systempflege

# Ablauf der Einzelfallprüfung



## Verfahrensabläufe nach Landesverträgen unterschiedlich geregelt:

- Eingang eines Prüfauftrags durch die Krankenkasse mit Fragestellung, Datensatz nach §301 SGB V und ggf. ergänzenden Angaben
- Abforderung ergänzender Behandlungsunterlagen (Entlassungsbrief, Krankenakte) gem. §276 Abs. 2 SGB V
- Gutachten nach Aktenlage
- (teilweise Begehung mit Einsicht in die Krankenakten)
- Gutachten mit zeitgleichem Versand an die Krankenkasse und das Krankenhaus

# Ablauf der Einzelfallprüfung

---



## **Fallgespräche nach Landesverträgen unterschiedlich geregelt:**

- Dokumentationslücken
- Fragen zum medizinischen Sachverhalt
- Zweifel an Notwendigkeit oder Dauer
- Zweifel im Zusammenhang mit Kodierung
- Klärung systemischer Fehler

# MDK-interne Vorbereitung / Qualitätsmanagement



## **auf Landesebene:**

- regelmäßige Gutachterschulungen (Gesetzliche Grundlagen, Grouper, Klassifikationssysteme, Kodierrichtlinien)
- fachspezifische / krankenhausspezifische Zuordnung der Gutachter

## **auf Bundesebene:**

- Koordination SEG 4 „Vergütung und Abrechnung“ mit Ansprechpartnern / Multiplikatoren in allen MDK
- einheitliche Begutachtungsempfehlungen / Begutachtungshilfen (z.Zt. Auftrag an KCG)

# Spezifische Abbildung der Geriatrie im Fallpauschalkatalog



## Abbildung der Geriatrie nach Hauptdiagnosegruppen:

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

# Spezifische Abbildung der Geriatrie im Fallpauschalkatalog



## Abbildung der Geriatrie für 2004 in 15 DRGs:

- davon:

- 8 in operativen Partitionen
- 7 in anderen Partitionen

- obere Grenzverweildauer:

- 41 – 56 Tage für die operativen Partitionen
- 27 – 40 Tage für die anderen Partitionen

- “DRG K01A „Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen mit Frührehabilitation und geriatrischer Komplexbehandlung → Entgelt nach §6 Abs.1 Nr.1 KHEntgG

# Deutsche Kodierrichtlinien

Die Berücksichtigung ausführlicher Kodierrichtlinien in deutschen Krankenhäusern ist neu und bedeutet für die dort tätigen Mitarbeiter eine erhebliche Umstellung. Für die Handhabung der Kodierrichtlinien ist eine entsprechende Schulung der Anwender in der Auswahl relevanter Informationen aus klinischen Krankenakten sowie den Grundregeln zur Benutzung des ICD-10-SGB-V und des OPS-301 erforderlich. Darüber hinaus muss die Anwendung der Kodierrichtlinien selbst erlernt werden. Insbesondere in denjenigen klinischen Bereichen, in denen bisher die Kodierung der Prozeduren eine untergeordnete Rolle spielte (z.B. konservativ medizinische Bereiche), muss das Krankenhauspersonal neben den Kodierrichtlinien auch intensiv in der Handhabung der amtlichen Klassifikationen geschult werden.

Die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren, insbesondere der Hauptdiagnose, liegt beim behandelnden Arzt, unabhängig davon ob er selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Verschlüsselung vornimmt.

**Aus:** Einleitung zu **DEUTSCHE KODIERRICHTLINIEN**, Allgemeine und Spezielle Kodier-richtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2004, S. VI

# Deutsche Kodierrichtlinien

---



Für den Fall, dass zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10 (Band 2 der WHO-Ausgabe) bzw. des OPS-301 und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang.

**Aus:** Einleitung zu **DEUTSCHE KODIERRICHTLINIEN**, Allgemeine und Spezielle Kodier-richtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2004, S. VI

# Hauptdiagnose

„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“  
(D002c)

- ▶ Beurteilung erfolgt retrospektiv am Ende des Aufenthaltes unter Würdigung aller evaluierten Befunde
- ▶ Entscheidend ist: Was für ein ursächliches Problem hat zur Krankenhausaufnahme geführt
- ▶ Es sind nur Krankheiten zu berücksichtigen, die bei Aufnahme schon bestanden (keine Komplikationen, die während des Aufenthaltes entstanden)
- ▶ Die Hauptdiagnose muss aber nicht der Aufnahmediagnose entsprechen
- ▶ Kein Hauptdiagnosewechsel (neu entdeckte Erkrankung ohne Bezug zum Aufnahmeproblem)!

# Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

**„Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“**

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungs-  
aufwand

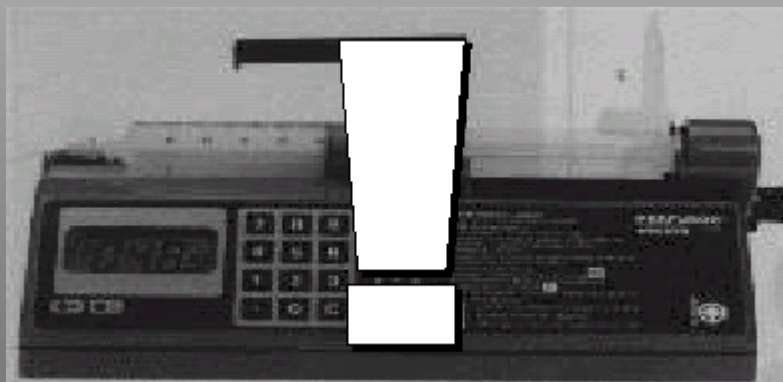
(D003b)

# Ermessensspielräume ?

Welcher Mehrverbrauch an Ressourcen rechtfertigt die Kodierung einer Diagnose?



E 87.6 Hypokaliämie



## Rightcoding statt Upcoding und Minimizing !

### 3 Gründe sprechen dafür:

- ▶ Die Verbesserung des Systems im Sinne einer leistungsgerechteren Abbildung und Vergütung
- ▶ Upcoding ist mit drastischen Sanktionen belegt
- ▶ Der Hamsterradefekt durch Basiswertverfall

*Rightcoding* bedeutet die lückenlose, sachgerechte Kodierung der behandelten Erkrankungen, Komplikationen und ggf. Funktionsbeeinträchtigungen sowie der erbrachten wesentlich ressourcenverbrauchenden Leistungen

# Minimizing

*Minimizing* bedeutet die Dokumentation behandelter Erkrankungen, Komplikationen und ggf. Funktionsbeeinträchtigungen sowie erbrachter Leistungen unter Nutzung von Groupern oder Optimierungsthesauren nur insoweit, als hierdurch eine höher bewertete DRG erreicht werden kann

## Nachteile:

- ▶ Verhindert systematisch die Weiterentwicklung und Verbesserung des Systems
- ▶ Keine reale Abbildung der erbrachten Leistung mit Gefahren im Rahmen weitergehender Datenverwertung
  - ▶ Für internes und externes Benchmarking
  - ▶ Für QM, Risikomanagement
  - ▶ Für betriebswirtschaftliche und strategische Entscheidungen
- ▶ Abhängigkeit potentieller Kennzahlen von der jeweils aktuellen Fassung der Bewertungsalgorithmen und Relativgewichte

# Upcoding

*Upcoding* bedeutet das fahrlässige oder vorsätzliche Kodieren von mehr oder höher gewerteten Diagnosen und Leistungen, als es den tatsächlich behandelten Erkrankungen, Komplikationen und ggf. Funktionsbeeinträchtigungen sowie erbrachten Leistungen nach den jeweils gültigen Kodierrichtlinien entspricht

## Rechtsfolgen nach §17c, Abs. 3 KHG:

- ▶ Stellen Krankenkassen auf der Grundlage von Stichproben nach Absatz 2 fest, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden, sind Ursachen und Umfang der Fehlabbrechnungen festzustellen. ....
- ▶ Die Vertragsparteien nach §18 Abs. 2 sollen ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren vereinbaren, um eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden, ....
- ▶ Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen.

# Rightcoding !



Roeder / Rochell -DRG-Research-Group Uni Münster

## .9 – Diagnosen

Ausreichend diagnostiziert ?



# Sorgfältige Kodierung

## .y – Prozedur

Nicht gewusst ? Was gemacht ?



# Dokumentation

---

**Alles, was in Form von Diagnosen oder  
Prozeduren kodiert wird,**

- ▶ muss anhand der Dokumentation in der  
Krankenakte nachvollziehbar sein

**Alles, was in Form von Diagnosen oder  
Prozeduren kodiert wird,**

- ▶ muss anhand der Dokumentation in der Krankenakte nachvollziehbar sein und zwar
- ▶ in dem Maße, in dem es die ICD-10-GM, der OPS 301 und die Kodierrichtlinien in ihrer jeweils gültigen Fassung vorgeben

# ICD-10-GM Version 2004



## U50.-! und U51.-!

### *Hinweise:*

Einmalige Kodierung der erworbenen motorischen (kognitiven) Funktionseinschränkung innerhalb der ersten drei stationären Behandlungstage; sollten sich die Werte innerhalb dieser Zeit verändern, ist der höhere Punktwert zu verschlüsseln. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren.

- motorisch: Barthel-Index, FIM
- kognitiv: Erweiterter Barthel-Index, FIM, MMSE

# ICD-10-GM Version 2004



## U50.-! und U51.-!

### *Hinweise:*

Einmalige Kodierung der *erworbenen (?)* motorischen (kognitiven) Funktionseinschränkung innerhalb der ersten drei stationären Behandlungstage; sollten sich die Werte innerhalb dieser Zeit verändern, ist der höhere Punktwert zu verschlüsseln. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren.

- motorisch: Barthel-Index, FIM
- kognitiv: Erweiterter Barthel-Index, FIM, MMSE

# ICD-10-GM Version 2004

## U50.-! und U51.-!

### *Hinweise:*

Einmalige Kodierung der erworbenen motorischen (kognitiven) Funktionseinschränkung **innerhalb der ersten drei stationären Behandlungstage**; sollten sich die Werte innerhalb dieser Zeit verändern, ist der höhere Punktwert zu verschlüsseln. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren.

- motorisch: Barthel-Index, FIM
- kognitiv: Erweiterter Barthel-Index, FIM, MMSE

# ICD-10-GM Version 2004

## U50.-! und U51.-!

### *Hinweise:*

Einmalige Kodierung der erworbenen motorischen (kognitiven) Funktionseinschränkung innerhalb der ersten drei stationären Behandlungstage; **sollten sich die Werte innerhalb dieser Zeit verändern, ist der höhere Punktwert zu verschlüsseln.** Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren.

- motorisch: Barthel-Index, FIM
- kognitiv: Erweiterter Barthel-Index, FIM, MMSE

# ICD-10-GM Version 2004

## U50.-! und U51.-!

### *Hinweise:*

Einmalige Kodierung der erworbenen motorischen (kognitiven) Funktionseinschränkung innerhalb der ersten drei stationären Behandlungstage; sollten sich die Werte innerhalb dieser Zeit verändern, ist der höhere Punktwert zu verschlüsseln. Die Kodierung **erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren.**

- motorisch: Barthel-Index, FIM
- kognitiv: Erweiterter Barthel-Index, FIM, MMSE

# ICD-10-GM Version 2004

## U50.-! und U51.-!

### *Hinweise:*

Einmalige Kodierung der erworbenen motorischen (kognitiven) Funktionseinschränkung innerhalb der ersten drei stationären Behandlungstage; sollten sich die Werte innerhalb dieser Zeit verändern, ist der höhere Punktwert zu verschlüsseln. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren.

- motorisch: *Barthel-Index (?)*, FIM
- kognitiv: Erweiterter Barthel-Index, FIM, MMSE

# OPS-301 Version 2004



## 8-550.-

*Hinweise:*

Mindestmerkmale:

- Rehateam unter fachärztlicher Leitung
- Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)
- Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung
- Therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal
- Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

# OPS-301 Version 2004



## 8-550.-

*Hinweise:*

Mindestmerkmale:

- **Rehateam** unter **fachärztlicher Leitung**
- Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)
- Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung
- Therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal
- Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

# OPS-301 Version 2004



## 8-550.-

*Hinweise:*

Mindestmerkmale:

- Rehteam unter fachärztlicher Leitung
- **Standardisiertes** geriatrisches **Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soz. Versorgung ?)**
- Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung
- Therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal
- Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

# OPS-301 Version 2004



## 8-550.-

*Hinweise:*

Mindestmerkmale:

- Rehteam unter fachärztlicher Leitung
- Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)
- **Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung**
- Therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal
- Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

# OPS-301 Version 2004



## 8-550.-

*Hinweise:*

Mindestmerkmale:

- Rehteam unter fachärztlicher Leitung
- Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)
- Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung
- **Therapeutische** Pflege durch **Fach**pflegepersonal
- Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

# OPS-301 Version 2004



## 8-550.-

*Hinweise:*

Mindestmerkmale:

- Rehteam unter fachärztlicher Leitung
- Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)
- Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung
- Therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal
- **Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen** (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

# OPS-301 Version 2004

---



## **8-550.0**

*Hinweise:*

Die Behandlung erfolgt über mindestens 7 bis höchstens 13  
Behandlungstage

## **8-550.1**

*Hinweise:*

Die Behandlung erfolgt über mindestens 14 bis höchstens 20  
Behandlungstage

## **8-550.2**

*Hinweise:*

Die Behandlung erfolgt über mindestens 21 Behandlungstage

# OPS-301 Version 2004

---



## 8-550.0

*Hinweise:*

Die Behandlung erfolgt über mindestens **7 bis höchstens 13**  
**Behandlungstage**

## 8-550.1

*Hinweise:*

Die Behandlung erfolgt über mindestens **14 bis höchstens 20**  
**Behandlungstage**

## 8-550.2

*Hinweise:*

Die Behandlung erfolgt über mindestens **21 Behandlungstage**

# Fazit

- ⇒ Die bisherige Entwicklung des DRG-Systems zeigt seine Lernfähigkeit und die zunehmende Abbildung der Geriatrie im System
- ⇒ Das Kodieren in der Geriatrie und die Prüfung der sachgerechten Kodierung folgt prinzipiell den gleichen Regeln wie in allen anderen Bereichen
- ⇒ Eine vollständige Dokumentation aller verschlüsselungsrelevanten Sachverhalte ist die beste Basis einer überprüfungssicheren Kodierung
- ⇒ Eine absolut korrekte Kodierung aller relevanten Diagnosen und Prozeduren ist die beste (und unabdingbare!) Basis einer geriatriegerechten Weiterentwicklung des Systems



---

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit