

nebe leben GmbH

2022
Companion to
Peppology



Companion to Peppology

Informationen zu PEPP – kurz und bündig

Inhalt

Glossar	3	Splitting Sucht Erwachsene	29
Rechtliches	4	Splitting Psychose Erwachsene	31
Vorwort	5	– affektive Störungen Erw.	32
Das kleine 1 × 1 des PEPP	6	– organische Störungen Erw.	34
Zeitverlauf des PEPP	7	– Sucht KJP	35
Psych-Krankenhausvergleich	8	– affektive Störungen KJP	36
Definitionshandbuch	9	– weitere KJP	37
Degression	10	– affektive Störg. Psychosom.	38
Deutsche Kodierrichtlinien	11	– Eßstörungen Psychosomatik	39
ICD	12	Kognitive Funktionsprüfungen	40
Das kleine 1 × 1 des Codierens	15	Motorische Funktionsprüfg.	42
Codierung COVID-19	18	1:1-Betreuung Erwachsene	43
OPS	19	Intensive Betreuung KJP	44
OPS-Zusatzcodes	20	Zusatzentgelte und ET	45
Therapieeinheiten	21	MD(K)-Prüfungen	46
Intensivmerkmale Erwachsene	22	Dokumentation PIA	49
Intensivmerkmale KJP	24	Änderungen 2022	50
Personalausstattung	25	Quellen	51
Funktionen	28		

Zugriff auf Internetressourcen über:

www.peppology.de

Glossar

Basis-PEPP	PEPP-Obergruppe entsprechend dem Grouping-Ergebnis
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMI	Body-Mass-Index
Definitionshandbuch	Gruppierungsregeln (<i>Grouping</i>) zur Ermittlung einer → PEPP, herausgegeben vom → InEK
DGfM	Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien, in der Version „DKR-Psych“ für die psychiatrischen Fächer
Entgeltkatalog	Fallgruppen (→ „PEPPs“) mit Bewertungsrelationen, Zusatzentgelte, ergänzende Tagesentgelte
GFR	Glomeruläre Filtrationsrate
HD, ND	Hauptdiagnose, Nebendiagnose
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten (WHO, deutsche Modifikation des → BfArM)
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (getragen von Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft und privaten Krankenversicherungen)
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
MD(K)	Medizinischer Dienst (der Krankenversicherung)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel, amtliche Klassifikation des → BfArM
PEPP	<i>Neutrum, nur Singular:</i> das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik <i>Femininum:</i> die PEPP = Fallgruppe entsprechend dem Grouping-Ergebnis (analog zu einer DRG)
PEPPV	Vereinbarung zum → PEPP (Regeln zu Abrechnung und Wiederaufnahmen)
Psychiatrische Fächer	Sammelbezeichnung für Psychiatrie der Erwachsenen, Psychosomatik und → KJP
Therapieeinheit	Zählgröße für Therapien, je 25 min, → KJP je 15 min

Rechtliches

Herausgeber

Herausgeber der Broschüre ist die nebe leben GmbH, Esslingen am Neckar.

Urheberrecht

Wir weisen darauf hin, daß in dieser Broschüre Inhalte aufgeführt sind, die dem Urheberrecht unterliegen. Die Quellen sind größtenteils offizielle Veröffentlichungen oder werden angegeben. Aus dem Fehlen einer Quellenangabe kann nicht geschlossen werden, daß die Information keinem Urheberrecht unterliegt. Alle weiteren Rechte an dieser Broschüre und ihren Inhalten bleiben dem Herausgeber vorbehalten. Kopien und andere Arten der Verwertung, auch elektronisch, sind ohne Zustimmung des Herausgebers nicht gestattet.

Haftungsausschluß

Die Inhalte wurden sorgfältig erstellt. Dennoch können Druckfehler und falsche Informationen nicht ausgeschlossen werden. Wir übernehmen keine Haftung für die Aktualität, die Richtigkeit oder die Vollständigkeit der Informationen in dieser Broschüre. Wir freuen uns über Verbesserungsvorschläge.

Vorwort

Der „Companion to Peppology“ erscheint nun schon für das fünfte Systemjahr und ist in den Kliniken trotz seines etwas absurden Titels sehr beliebt. Tatsächlich ist der Umgang mit dem Abrechnungssystem anstrengend und kompliziert wie eine Wissenschaft, daher die Idee „Peppology“. Die Broschüre soll für den Experten ein Begleiter sein, um das Wichtigste in Kürze greifbar zu haben wie in einem Kitteltaschenbuch. Für den nur am Rande mit PEPP befaßten Kliniker soll sie eine brauchbare Einführung darstellen. Gerade für diese Gruppe haben wir uns um eine griffige und wenig technokratische Sprache bemüht. Sperrige Begriffe wurden zum Teil vereinfacht und verkürzt. Die Geschlechtsangaben schließen immer alle Geschlechter ein.

Um das PEPP-Dickicht zu entwirren, ist es hilfreich, die Quellen zu kennen. Zugriff darauf erhalten Sie einfach über unsere Seite

www.peppology.de

nebe leben GmbH

Wir beraten Krankenhäuser in Fragen des Erlösmanagements und der Organisation. Als Unternehmen, das von einem praktizierenden Psychiater geführt wird, passen wir gut zu Herausforderungen im PEPP-Umfeld.

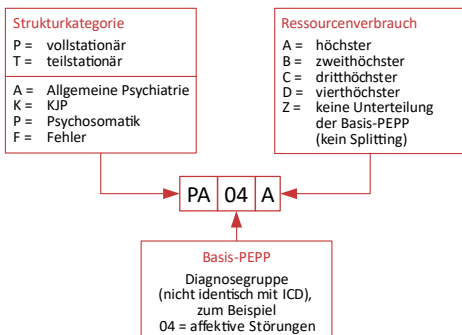
Kontakt

nebe leben GmbH · www.nebe-leben.de · info@nebe-leben.de · +49 157 50355398



Das kleine Einmaleins des PEPP

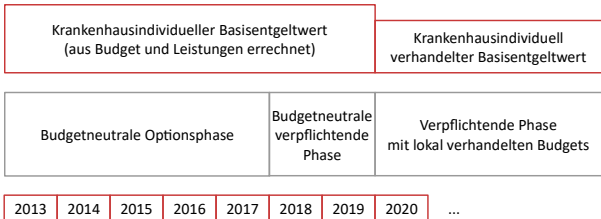
- Jede voll- oder teilstationäre Behandlung zählt als Fall. Erneute Aufenthalte innerhalb von 14 Tagen im selben Jahr werden zu einem Fall zusammengeführt (bis zu 90 Tagen nach dem ersten Fall). Ambulante Behandlungen werden bislang nicht im PEPP abgerechnet.
- Abgerechnet werden alle Behandlungstage, auch der Entlassungstag. Es gibt keine Fallpauschale. Der Krankenhauserlös für jeden Behandlungstag ergibt sich aus: Bewertungsrelation für den Fall × „Basisentgeltwert“ (Größenordnung bei Erwachsenen: $1,0 \times 270$ EUR, in der KJP $1,6 \times 270$ EUR).
- Die Bewertungsrelation bestimmt sich nach *der* PEPP (im Sinne von Fallgruppe), diese wird anhand von Abteilungsart, Alter, Diagnosen, Prozeduren (Maßnahmen) und Belegungstagen ermittelt.
- Nomenklatur einer PEPP: zwei Buchstaben für die Strukturkategorie (Abteilungsart), zwei Ziffern für die Basis-PEPP und ein Buchstabe für die Aufwandsunterscheidung:



- Der wichtigste Faktor für den Erlös ist die Zahl der Behandlungstage, gefolgt von der Hauptdiagnose, gefolgt von Nebendiagnosen und Prozeduren.
- Unter den Prozeduren sind 1:1-Betreuung, Intensivmerkmale und in der KJP Kleinstgruppenbetreuung besonders wichtig.
- Einzeltherapien in hoher Zahl sind erlösrelevant. Die stationsäquivalente Behandlung ist erlöswirksam, falls verhandelt.

Zeitverlauf des PEPP

- Vorbereitung bis 2012: verpflichtende Dokumentation, Probekalkulation, erste Eckkalkulation



- Durch das PsychVVG 2017 ist die vorher vorgesehene Konvergenzphase mit Angleichung der Basisentgeltwerte weggefallen.
- 2020 war das erste Jahr, in dem sich der Basisentgeltwert nicht mehr aus dem historischen Budget und den aktuellen Leistungen ergibt, sondern krankenhausesindividuell verhandelt wird.
- Für Krankenhäuser mit hohem Basisentgeltwert wird es dabei schwierig, lokale Besonderheiten nachzuweisen, die den Basisentgeltwert rechtfertigen und nicht bereits durch das PEPP-Leistungsgüst abgebildet sind.
- Für Krankenhäuser mit niedrigem Basisentgeltwert ist es ohne Konvergenzphase schwieriger, einen Basisentgeltwert zu verhandeln, der näher am Mittelwert der Krankenhäuser liegt.
- Ein wichtiges Instrument zur Ermittlung der krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte wird der Krankenhausvergleich sein, der mit dem PsychVVG eingeführt wurde. Am 13.03.2019 wurden die „Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung“ getroffen und das InEK mit der Durchführung beauftragt (siehe Seite 8).

Psych-Krankenhausvergleich

Folgende Daten werden ans InEK geliefert:

- Leistungen und Entgelte aus der Budgetverhandlung
- Vereinbarte Personalausstattung
- Strukturelle und regionale Besonderheiten sowie Struktur und Umfeld des Krankenhauses

Die Datenübermittlung an das InEK erfolgte erstmals für das Verhandlungsjahr 2018. Seit 2019 werden die Daten spätestens drei Wochen nach der Genehmigung des verhandelten Budgets übermittelt.

Das Krankenhaus und die Krankenkassen benennen „Funktionsbeauftragte“, die Zugriff auf das Datenportal des InEK haben. Die Krankenhäuser werden möglichst einer Fachgebietsgruppe eindeutig zugeordnet (allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik), wenn ≥ 70 Prozent der Berechnungstage auf die entsprechende Strukturkategorie fallen. Sonst fallen sie in die Gruppe „sonstige Einrichtungen“.

Der Krankenhausvergleich erfolgt in Vergleichsgruppen:

- Alle Krankenhäuser der Fachgebietsgruppe im Bundesland
- Alle Krankenhäuser im Bundesland
- Alle Krankenhäuser der Fachgebietsgruppe bundesweit

Der Vergleich in der spezifischen Vergleichsgruppe (Fachgebietsgruppe im Bundesland) erfolgt automatisch nur, wenn dort mindestens 15 Krankenhäuser enthalten sind. Sonst können sich die Parteien einvernehmlich auf Abweichungen davon einigen oder auch ausgewählte benachbarte Bundesländer einbeziehen. Ersatzweise findet der Vergleich bundesweit statt.

Die beim InEK registrierten Krankenhäuser und Krankenkassen können die Auswertungsergebnisse im Datenportal tagesaktuell einsehen. Daneben veröffentlicht das InEK für die allgemeine Öffentlichkeit quartalsweise eine gröbere Darstellung von wesentlichen Leistungen und Kennzahlen (siehe www.peppology.de).

Deutsche Kodierrichtlinien

Hauptdiagnose

- Diagnose, die „nach Analyse“ den stationären Aufenthalt veranlaßt hat, das heißt Befunde und Erkenntnisse aus dem Verlauf werden rückblickend mit berücksichtigt
- Beispiel: Patient kommt mit Alkoholintoxikation, dann durch Verlauf und Fremdanamnese Erkenntnis, daß der Alkoholkonsum auf einem hypomanischen Syndrom bei bekannter bipolarer affektiver Störung beruhte im Sinne einer „Selbstbehandlung“ → Hauptdiagnose hypomanische Episode bei bipolarer Störung F31.0.

Nebendiagnosen

- Diagnose muß aktuell vorhanden sein, nicht nur in der Vergangenheit oder anamnestisch
- Diagnose muß mit Aufwand einhergehen
 - Therapeutisch (zum Beispiel Medikation)
 - Diagnostisch (Röntgen, Konsile, Laboruntersuchungen, die ohne die Nebendiagnose nicht veranlaßt worden wären)
 - Sonstiger Betreuungs-, Pflege- oder Überwachungsaufwand (beliebig, aber muß dokumentiert sein)
 - Es gibt keine Bestimmungen über die Höhe des Aufwandes, er darf also auch sehr klein sein
 - Es gibt keine Vorschrift, daß sich *ein* Aufwand nicht auf mehrere Nebendiagnosen beziehen darf
- Keine Codierung von Symptomen, die schon durch eine übergeordnete Diagnose erklärt sind (Angst bei depressivem Syndrom, Schlafstörung bei Manie, Fieber bei Pneumonie et cetera)
- Nicht kodierrichtlinienkonforme, aber klinisch bedeutsame Diagnosen müssen und sollen nicht unterdrückt werden; sie dürfen aber nicht in die groupingrelevante Codierung und in die PEPP-Ermittlung eingehen

Verdachtsdiagnosen

- Als reguläre Diagnose zu codieren, wenn aufgrund des Verdachts eine Behandlung in dieser Richtung erfolgt (Beispiel: antibiotische Behandlung bei Verdacht auf bakterielle Pneumonie)

ICD

Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD der WHO) wird für deutsche Verwaltungszwecke angepaßt. Verbindlich ist derzeit die ICD-10-GM (*german modification*), die vom BfArM (früher DIMDI) jedes Jahr herausgegeben wird. Die ICD 11 (Seite 14) tritt 2022 nur für die Mortalitätscodierung in Kraft.

Stellen der Codes

Es gibt dreistellige, vierstellige und fünfstellige Codes. Die Codierung ist nur korrekt und gültig, wenn sie „endständig“ erfolgt, das heißt wenn die Zahl der möglichen Codestellen ausgeschöpft wird.

Beispiele

Stellen	Code	Inhalt
3	F61	Kombinierte Persönlichkeitsstörung
4	F32.1	Mittelgradige depressive Episode
5	F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung

Andersherum ist es nicht zulässig, mehr Stellen zu codieren, als der Code hergibt. Nach Überarbeitung der ICD sind die früher möglichen Codierungen F10.25 (Alkoholabhängigkeit, derzeit abstinent) und F43.21 (depressive Anpassungsstörung) heute nicht mehr erlaubt und müssen durch F10.2 und F43.2 ersetzt werden.

Spezifische Codierung

Wenn es mehrere Möglichkeiten der Codierung zu geben scheint, ist die spezifischste Codierung die zu bevorzugende. Das Kriterium der Spezifität entscheidet auch in Streitfällen. Bei der Suche nach Codes helfen Softwarewerkzeuge, die meistens im Krankenhausinformationssystem integriert sind, oder das alphabetische ICD-Verzeichnis. In der Frage nach dem spezifischsten Code hat das systematische ICD-Verzeichnis Vorrang vor dem alphabetischen (für die Verzeichnisse siehe www.peppology.de).

Zusatzkennzeichen

Bei somatischen Krankheiten kann an den Code eine Seitenbezeichnung angefügt werden: L = links, R = rechts, B = beidseitig. Die Kennzeichnungen der Diagnosesicherheit (V = Verdacht, Z, A, G) sind im stationären Bereich nicht erlaubt.

Inklusiva und Exklusiva

Inklusiva geben Hinweise, was im jeweiligen Code eingeschlossen ist. Was Exklusiva bezeichnen, ist umstritten. Nach der einen Auffassung stehen dort Krankheiten, die abzugrenzen sind, weil sie eine andere Genese haben oder nicht regelhaft gleichzeitig auftreten, die aber parallel codiert werden können, zum Beispiel organischer Wahn (F06.2) oder organische Depression (F06.3) bei Demenz (F00–F03). Nach einer anderen Auffassung, der auch der MD folgt, dürfen die unter Exklusiva aufgeführten Codes nicht vergeben werden. In diesem Fall wäre es nicht möglich, eine wahnhafte Störung bei Demenz in Codes darzustellen. Formal möglich wäre die Codierung eines Delirs bei Demenz (F05.1). Dies ist aber eine andere klinische Konstellation. Das BfArM beantwortet Fragen zur Klärung der Auffassungen nicht, möglicherweise weil die ICD 11 eingeführt wird (Seite 14).

Sekundäre Diagnosen

Sekundäre Codes können nicht allein, sondern nur zusammen mit einem primären Code verwendet werden; sie sind dann immer Nebendiagnosen.

- Ausrufezeichencodes sind zum Teil erlösrelevant, in den psychiatrischen Fächern besonders die Codes U69.30! bis U69.36! (Seite 30) für den Konsumweg bei Drogen.
- Sternchencodes gehören zum Kreuz-Stern-System, bei dem eine Ätiologie-Primärdiagnose (†) mit einer Manifestation-Sekundärdiagnose (*) kombiniert wird, zum Beispiel G30.1† mit F00.1* für die Alzheimer-Demenz mit spätem Beginn oder E11.20† mit N08.3* für den Diabetes Typ 2 mit Nephropathie.

Suizidversuche und Suizidalität

Der spezifischste Code für Suizidversuch oder Suizid ist X84.9! und besser als zum Beispiel Z72.8. Der Code R45.8 (Suizidalität) ist in Zusammenhang mit psychiatrischen Diagnosen nicht erlaubt. Generell ist abzuwägen, ob die Vorteile (Zusatzinformation, Auswertungsmöglichkeiten) einer Codierung größer sind als die Nachteile (mögliche Stigmatisierung; bei häufigem Gebrauch Suggestierung, daß Depression, Schizophrenie etc. ohne solche Codes nicht stationär behandlungsbedürftig sei).

Achsen der Diagnosearten

Diagnosearten stehen auf verschiedenen Achsen, die voneinander unabhängig sind:

- Hauptdiagnose versus Nebendiagnosen (nach den Deutschen Kodierrichtlinien, Seite 11)
- Primär- versus Sekundärdiagnosen (nach ICD, Seite 12)
- Aufnahme- versus Entlassungsdiagnosen (Meldungen nach § 301 SGB V)

ICD 11

Die ICD 11 tritt 2022 für die Mortalitätscodierung in Kraft. Für die Morbiditätscodierung in Deutschland existiert noch kein Zeitplan zur Einführung. Die Codes haben die Form AXNA.AA; mit A für alphanumerisch, X für einen Buchstaben, N für eine Ziffer. Grundlegende Entitäten für das System heißen *Basiskomponenten*. Bei ihnen bleibt offen, ob sie Krankheiten, Störungen, Verletzungen, Ursachen, Symptome usw. sind und ob sie als Gruppierung, Kategorie oder Stammcode fungieren. *Stammcodes* sind relevante Entitäten, die auch alleine stehen können. *Erweiterungscodes* (mit „X“ beginnend) fügen dem Stammcode Ergänzungen zum Beispiel zu Schweregrad, Ätiologie, Histopathologie, räumlichen oder zeitlichen Bezügen hinzu. Sie sind multiaxial; so kann die Anzahl der Stammcodes gering bleiben. Eine Entität kann mehr als ein Elternelement haben (zum Beispiel nach Organ und nach Ätiologie). Durch *Präkoordination* werden fertige klinische Konzepte in einem Stammcode abgebildet; *Postkoordination* erlaubt die Abbildung klinischer Konzepte durch Verknüpfung von Entitäten zu *Clustern*.

Für unser nach der ICD 10 schwieriges Beispiel (Seite 13) hieße das, in der ICD 11 könnte eine Alzheimer-Krankheit 8A20 problemlos mit einer Alzheimer-Demenz 6D80, psychotischen Symptomen 6D86.0 und einem mittleren Schweregrad XS0T verknüpft werden.

Kategorien schließen sich gegenseitig aus. Sie haben nur ein Elternelement und lassen sich daher in einer klaren Baumstruktur abbilden. Die damit zu gewinnenden Extrakte des Systems heißen *Linearisierungen*; eine solche ist die ICD-11 MMS (Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik), die zur Codierung verwendet werden wird.

Die deutsche Einführung der ICD 11 wird schwierig wegen der vielen ICD-Nutzungen: PEPP, DRG, EBM, Arbeitsunfähigkeit, Morbi-RSA etc.

OPS

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel wird jährlich vom BfArM (früher DIMDI) herausgegeben. Für die psychiatrischen Fächer sind die Codes des Kapitels 9 ab 9-60 relevant. Die Codes werden meistens im Krankenhausinformationssystem aus anderen Informationen wie den Therapieleistungen abgeleitet.

Stellen der Codes

Es gibt vier-, fünf- und sechsstellige Codes. Die Codierung ist nur korrekt und gültig, wenn sie „endständig“ erfolgt, das heißt wenn die Zahl der möglichen Codestellen ausgeschöpft wird. Beispiele:

Stellen	Code	Inhalt
4	9-607	Regelbehandlung Erwachsene
5	9-647.e	Qualifizierte Entzugsbehandlung Erw. 15 Tage
6	9-640.06	1:1-Betreuung Erwachsene > 6 Stunden

Behandlungscodes

An einem bestimmten Tag darf nur *ein* Behandlungscode gelten. Er gilt so lange, bis er durch einen neuen Behandlungscode abgelöst wird.

Code	Inhalt
9-607	Regelbehandlung Erwachsene
9-61-	Intensivbehandlung Erwachsene, abhängig von Intensivmerkmalen, ihre Zahl bestimmt die vierte Stelle (7 bis b)
9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene (≥ 3 ärztliche oder psychologische Therapieeinheiten pro Woche)
9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene, über 9-626 hinaus: psychosomatische Diagnostik, wöchentliche Teambesprechung ≥ 60 min, Leitung durch Fachärztin für Psychosomatische Medizin
9-701	Stationsäquivalente Behandlung Erwachsene
9-656	Regelbehandlung KJP
9-672	Intensivbehandlung KJP mit KJP-Intensivmerkmalen
9-686	Behandlung KJP im Eltern-Kind-Setting
9-801	Stationsäquivalente Behandlung KJP

OPS-Zusatzcodes

Zusatzcodes werden zusätzlich zu einem Behandlungscode (zum Beispiel 9-607, Regelbehandlung, siehe Seite 19) gegeben.

Inhalt	Erwachsene	KJP
1:1-Betreuung (Einzelbetreuung)	9-640.0	9-693.1
Kleinstgruppe		9-693.0
Krisenintervention	9-641	
Somatisch-psychiatrische Komplexbehandlung	9-642	
Mutter- oder Vater-Kind-Setting	9-643	
Stationersetzende Behandlung	9-644	9-691
Komplexer Entlassungsaufwand	9-645	
Qualifizierte Entzugsbehandlung	9-647	9-694
Therapieeinheiten	9-649	9-696
Eltern-Kind-Setting bei Therapiebedürftigkeit von Elternteil <i>und</i> Kind	9-64a	9-64a
Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade)	9-984.-	9-984.-

Legende: ■ = löst unter Umständen ergänzendes Tagesentgelt aus

Der Code für die Therapieeinheiten ist ein reiner Zählcode. Dabei werden, beginnend mit dem Aufnahmetag, die Therapieeinheiten von sieben aufeinanderfolgenden Tagen in fünf Kategorien aufaddiert und jeweils ein entsprechender Code gegeben, der rückwirkend auf den ersten Tag der Siebentageperiode datiert wird. Die fünf Kategorien ergeben sich durch (1) Ärzte Einzel-, (2) Ärzte Gruppentherapie, (3) Psychologen Einzel-, (4) Psychologen Gruppentherapie, (5) Spezialtherapeuten Einzeltherapie.

Strukturmerkmale

Seit 2021 weist der OPS-Katalog in Abgrenzung zu patientenbezogenen Mindestmerkmalen einrichtungsbezogene Strukturmerkmale aus, die den Strukturprüfungen zugrunde gelegt werden (siehe Seite 47).

Therapieeinheiten

Regeln

- Anrechnung der Therapeuten entsprechend der Grundvergütung (Beispiel: wie approbierte Psychologin besoldete Psychotherapeutin in Ausbildung zählt als Psychologin)
- Keine Anrechnung von Aufnahmeuntersuchung, Visite, Besprechungen ohne Patient (Teambesprechung), ausgenommen Besprechungen mit Richter, Betreuer und ähnliches

Erwachsene

- Gruppengröße maximal 18 Patienten
- Bei Gruppenpsychotherapie von 13 bis 18 Patienten zwei Therapeuten erforderlich, davon mindestens ein Arzt oder Psychologe

Kinder und Jugendliche

- Gruppengröße maximal 15 Patienten, Eltern-(Kind-)Gruppentherapien mit maximal acht Familien
- Bei Gruppen zwischen vier und zehn Patienten „in der Regel“ zwei Therapeuten erforderlich, ab elf unbedingt zwei Therapeuten
- Familien- und Elterngespräche ohne Patient zählen wie Einzeltherapie

Berechnung

Die Tabelle im OPS-Anhang ist zur Bestimmung nicht nötig. Die Zahl der Therapieeinheiten pro Patient errechnet sich als: Zahl der Therapeuten multipliziert mit vollendeten 25-min-Blöcken (KJP: 15-min-Blöcke), bei Gruppen dividiert durch die Zahl der Patienten.

Beispiel: In der KJP findet 55 min lang eine Gruppe mit zwei Psychologinnen und fünf Kindern statt $\rightarrow 2 \times [55 \div 15] \div 5 = 2 \times 3 \div 5 = 1,2$ Therapieeinheiten pro Patient. Auch die Nachkommastellen werden innerhalb einer Kategorie über sieben Tage aufaddiert.

Bei Gruppen mit Therapeuten aus verschiedenen Berufsgruppen resultieren gleichzeitig separate Therapieeinheiten (zum Beispiel Arzt und Psychologe).

Splitting Psychose Erwachsene

Aufwertung von PA03B auf PA03A

Alter \geq 65 Jahre

HD: katatone Schizophrenie F20.2 oder organische psychotische Störung (F06.0 oder F06.2) oder schizoaffektiv-manische Störung F25.0

Funktionen EBAERW, IKPPKB, MVKIS, TEAP6, TEEZ oder INTENS

Psychiatrische Komorbidität:

- Delir F1_4 oder dissoziative Störungen F06.5, F44.-
- Anorexia nervosa (F50.0-, F50.1) oder Bulimie F50.2
- Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung (F7_1)
- Frühkindlicher (F84.0) oder atypischer (F84.1) Autismus
- Malignes Neuroleptikasyndrom G21.0

ND neurologisch: Hirntumor, Hirnmetastase, Chorea Huntington, hereditäre Muskelkrankheiten, zentrale Lähmungen, exazerbierte oder progrediente multiple Sklerose, Wernicke-Encephalopathie E51.2, Ataxie G11.-, Normaldruckhydrozephalus G91.2-, schwerer M. Parkinson, Epilepsie G40.-, G41.-

ND somatisch: Kachexie R64; Pneumonie; HIV-Infektion

Eine der ND: M. Crohn K50.-, pseudomembranöse Colitis A04.7-, Erysipel A46, entgleister Diabetes mellitus, Sick-Sinus-Syndrom I49.5, Linksherzinsuffizienz I50.13-4, COPD J44.-, Dekubitus Grad \geq 3 (L89.2-, L89.3-), chronische Nierenkrankheit N18.4-5, CLL, CML

Schwangerschaft

Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung (Barthel-Index \leq 55, U50.30, .40, .50, motorischer „FIM“ \leq 58, U50.31, .41, .51, siehe Seite 42)

Pflegegrad \geq 2

*Kriterien für
PA03A und
U07.1 führen
in die PA15C*

Entgleister Diabetes mellitus

Mehrfach Blutzucker < 50 oder > 300 mg/dl oder starke Schwankungen oder HbA1c > 10 % oder häufig Kontrollen und Nachspritzen (Quelle: FoKA)

Quellen

Schnellverweise finden Sie unter: www.peppology.de

Informationsquelle	Herkunft	Inhalt
ICD-10-GM	BfArM	<ul style="list-style-type: none">• Diagnosecodes
OPS-Katalog	BfArM	<ul style="list-style-type: none">• Behandlungscodes• Zusatzcodes• Therapieeinheiten
Deutsche Kodier-richtlinien	InEK	<ul style="list-style-type: none">• Definition Hauptdiagnose• Definition Nebendiagnose• Spezialanweisungen
Entgeltkatalog	InEK	<ul style="list-style-type: none">• Bewertete vollstationäre PEPPs• Unbewertete vollstationäre PEPPs• Bewertete teilstationäre PEPPs• Unbewertete teilstationäre PEPPs• Zusatzentgelte (zum Teil in EUR)• Ergänzende Tagesentgelte mit Bewertungsrelationen
Definitionshandbuch	InEK	<ul style="list-style-type: none">• Algorithmus zur PEPP-Ermittlung (Grouping-Logik)
PEPPV	InEK	<ul style="list-style-type: none">• Abrechnungsregeln (zum Beispiel Verlegungen, Wiederaufnahmen)
Schlichtungsaus-schuß Bund	InEK	<ul style="list-style-type: none">• Entscheidungen zu streitigen Codierfragen
FoKA – Fachaus-schuß Codierung	DGfM	<ul style="list-style-type: none">• Kommentierung oder Konsentierung der MD-Richtlinien

Eigene Artikel

- Nebe J: Mythos Depression; f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jun 2015, 442–445
- Nebe J: Der Übergang von PEPP zum PsychVVG – Aktuelles zu Codierung und Medizincontrolling in den psychiatrischen Fächern; KU special Medizincontrolling, Sep 2016, 24–26
- Nebe J, Hochlehnert A, Wolff-Menzler C, Schauenburg H, Puppe B, Mosafer M: Fehlbelegungsprüfungen im PEPP-Zeitalter; KU special Medizincontrolling, Sep 2017, 18–20

Companion to Peppology 2022

PPP-RL

Codierung

Erlösrelevanz

1:1-Betreuung

Dokumentation

Splittingkriterien

Intensivmerkmale

Funktionsprüfungen

Krankenhausvergleich

MDK-Reformgesetz/PrüfvV

Therapieeinheiten

OPS-Zusatzcodes

Änderungen 2022

Nebendiagnosen

Degression

COVID-19

ICD 11

PIA

nebe leben GmbH

Tobias-Mayer-Str. 4/1

73732 Esslingen am Neckar

+49 157 50355398

www.nebe-leben.de

info@nebe-leben.de



**nebe
leben**