



Strukturforderungen im DRG-System

Praktische Hinweise zur Sicherung der strukturabhängigen Vergütungsbestandteile

Djordje Nikolic

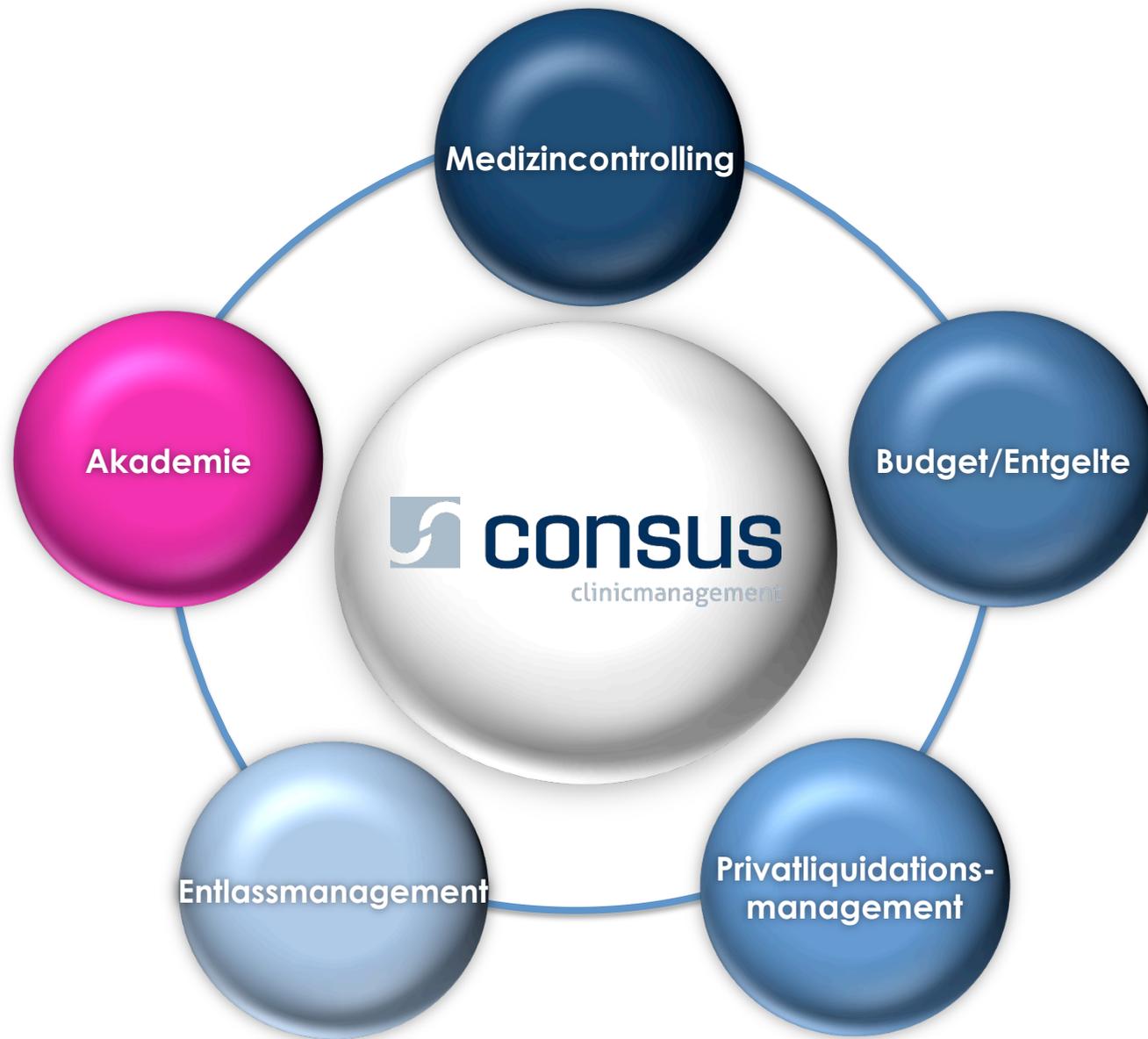


Themen des Vortrags

- MDK-Verfahren und Strukturprüfungen
 - Wie läuft das ab? Was wird geprüft?
 - Wirtschaftliche Relevanz der Strukturprüfungen
- Welche OPS hängen an Strukturmerkmalen?
- Was kann/muss ein Klinik-Verantwortlicher tun?
- Take-Home-Messages



Unternehmens-Vorstellung





MDK-Verfahren und Strukturprüfungen: Wie läuft das ab? Was wird geprüft?



MDK-Prüfungen

- Kostenträger entscheidet, ob (nach etwaigem Falldialog) der MDK im Einzelfall eingeschaltet wird.
- bei OPS (Prozeduren), die als Komplexbehandlungen abgerechnet werden, müssen Strukturmerkmale erfüllt werden
 - nicht vereinzelte, sondern grundsätzliche Vorhaltung



Was sind Komplexbehandlungen?

- Komplexbehandlungen sollen aufwändige, spezielle und ergänzende Therapien im DRG-System abrechenbar machen
- OPS-Katalog enthält seit 2007 eine jährlich steigende Anzahl von Komplexbehandlungskodes
- dürfen nur kodiert werden, wenn die dazugehörigen **struktur- und behandlungsbezogenen Voraussetzungen** vom Krankenhaus erfüllt werden



Beispiele für Strukturmerkmale



Beispiele

1. Intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-980)
 2. Neurologische Komplexbehandlung (8-981)
 3. Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550)
- zahlreiche weitere Beispiele möglich



IMKB (Auszug aus dem OPS-Katalog 2017)

8-980

Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Exkl.: Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (< 24 Stunden) Intensivbehandlung

Kurzfristige (< 24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin"
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
- Diese Codes sind für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben



Entscheidende Mindestmerkmale IMKB

Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin"
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein



BSG folgt dem Wortlaut des OPS-Katalogs

(Urteil vom 18. 7. 2013

B 3 KR 25/12 R)

Ärzte Zeitung App, 14.01.2014
Kommentieren (0)   Twitter

Intensivstation

Anwesenheitspflicht für Ärzte

Das BSG spricht Tacheles: Wollen Kliniken, die eine Intensivstation betreiben, das Intensiv-Honorar abrechnen, muss dort dauerhaft mindestens ein Arzt anwesend sein. Das gilt auch für den Bereitschaftsdienst.

Von Martin Wortmann



Auf einer Intensivstation muss immer ein Arzt präsent sein. Sonst darf die Klinik keine intensivmedizinische Komplexbehandlung abrechnen, so das BSG.
© Matthias Ernert

KASSEL. Auf einer Intensivstation muss ständig ein Arzt anwesend sein. Auch im Bereitschaftsdienst darf dieser Arzt keine weiteren Aufgaben haben, wie das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel in einem aktuell veröffentlichten Urteil entschied.

Danach darf das Krankenhaus keine "intensivmedizinische Komplexbehandlung" abrechnen, wenn die Intensivstation diese "Strukturvoraussetzung" nicht erfüllt.

Neurologische KB (OPS-Auflistung unvollständig)

8-981

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Exkl.: Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b ff.)

Hinw.: Diese Codes können auch beim Vorliegen einer TIA angegeben werden

Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses OPS-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden

Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht)
- 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden
- 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße zur Abklärung des akuten Schlaganfalls. Diese muss obligatorisch in der Zeit vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit durchgeführt werden, sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik angewandt wurde. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
- ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisdiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie
- kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit



Ein herausgegriffener Punkt der OPS 8-981

- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit
 - Was passiert mit Patienten, die an Freitagen/Samstagen oder vor Feiertagen aufgenommen werden
 - Dem Schlaganfall ist der Wochentag egal!
 - Wer bestimmt vor diesem Hintergrund die Personalstärke und –einsatzplanung?
- Thema der Klinikumsleitung

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

8-550

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Exkl.: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatrispezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie
Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

8-550.2 Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie



Ein herausgegriffener Punkt der OPS 8-550

- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
 - Klingt leichter, als es für viele Kliniken ist
 - kann sich schlagartig durch Fluktuation, Schwangerschaft, etc. ändern
 - Konsequente Abrechnung der OPS-Ziffer ist eine der tief hängenden Früchte
 - Patienten profitieren medizinisch
 - Abrechnung oft relevant über der Ausgangs-DRG
 - Cave: innerbetriebliche Controlling-Fehlanreize (wem wird der Fall zugerechnet)



Alltag in deutschen Kliniken: Alles im Griff?

- Strukturmerkmale auch in großen Kliniken nicht immer durchgängig erfüllt (Gründe vielfältig*)
- Hohe wirtschaftliche Relevanz, aktuelle Beispiele:
 - Intensiv ohne durchgehende ärztliche Besetzung oder Abrechnung der IMKB ohne Beatmungsgerät auf Station
 - wirtschaftliches Risiko meist siebenstellig
 - keine Rückstellung hierfür möglich, da sonst dokumentierte Kenntnis über den Umstand

* z.B. Wechsel im Medizincontrolling, Unkenntnis bei medizinischem Personal



Strukturprüfungen durch den MDK



Rechtliche Grundlage für Strukturprüfungen



Auf welcher Grundlage finden Strukturprüfungen dann aber statt?

- Einzelfallprüfungen nach §275 SGB V sollen feststellen, ob die Kodiervoraussetzungen für die übermittelten Schlüssel **medizinische Fragestellungen betreffend** erfüllt sind
- Dies bestätigt das BSG (AZ B 3 KR 25/12 R)
 - Prüfung medizinischer Fragestellungen, z.B.:
 - Erfüllung Mindestanzahl von Therapiestunden
 - Dokumentation von Aufwänden bei Nebendiagnosen
 - etc.



Was darf geprüft werden? Was nicht?

- MDK darf gemäß §276 SGB V Einsicht in die für die Prüfung erforderlichen Krankenunterlagen nehmen. Dies sind sog. „Sozialdaten“.
- Hierzu zählen nicht:
 - Dienstpläne
 - Weiterbildungsbescheinigungen
 - o.ä.



Wie geht der MDK dann vor?

- Nicht-Anerkennung der Strukturvoraussetzungen als eine Art Hypothese
 - teils trotz unterschriebener Erklärung per Checkliste
 - Folge: Minderung der Klinik-Forderung und Aufforderung, die Strukturmerkmale zu belegen
- damit liegt der Ball bei den Kliniken; folgende Optionen:
1. die Kliniken bleiben auf den Forderungen sitzen
 2. Kliniken werden demaskiert, falls Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt sind
 3. Kliniken legen die Strukturinformationen doch detailliert offen



Offenlegung von Informationen, wie...

- Dienstplänen
- Weiterbildungsermächtigungen
- Facharztzeugnissen
- Weiterbildungszertifikate
- Urkunden

stellt eine Verarbeitung personenbezogener Daten der Beschäftigten dar.



Datenschutz

- Jede Verarbeitung personenbezogener Daten greift in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung ein.
 - Gerechtfertigt kann ein solcher Eingriff sein durch eine gesetzliche Regelung oder die Einwilligung des Betroffenen.
- Daten dürfen gar nicht ohne Weiteres weitergegeben werden.



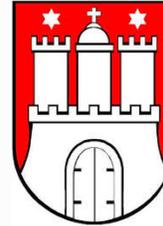
Rückwirkende Verrechnung oder Forderung

Können nach stattgefundener Strukturprüfung rückwirkend Forderungen geltend gemacht werden?

- Die Frage wird unterschiedlich beantwortet
- Zumindest kann rechtlich eine Rückforderung für ebendiese strukturabhängigen Leistungen für vier Jahre nicht ausgeschlossen werden



Beispiel Hamburg

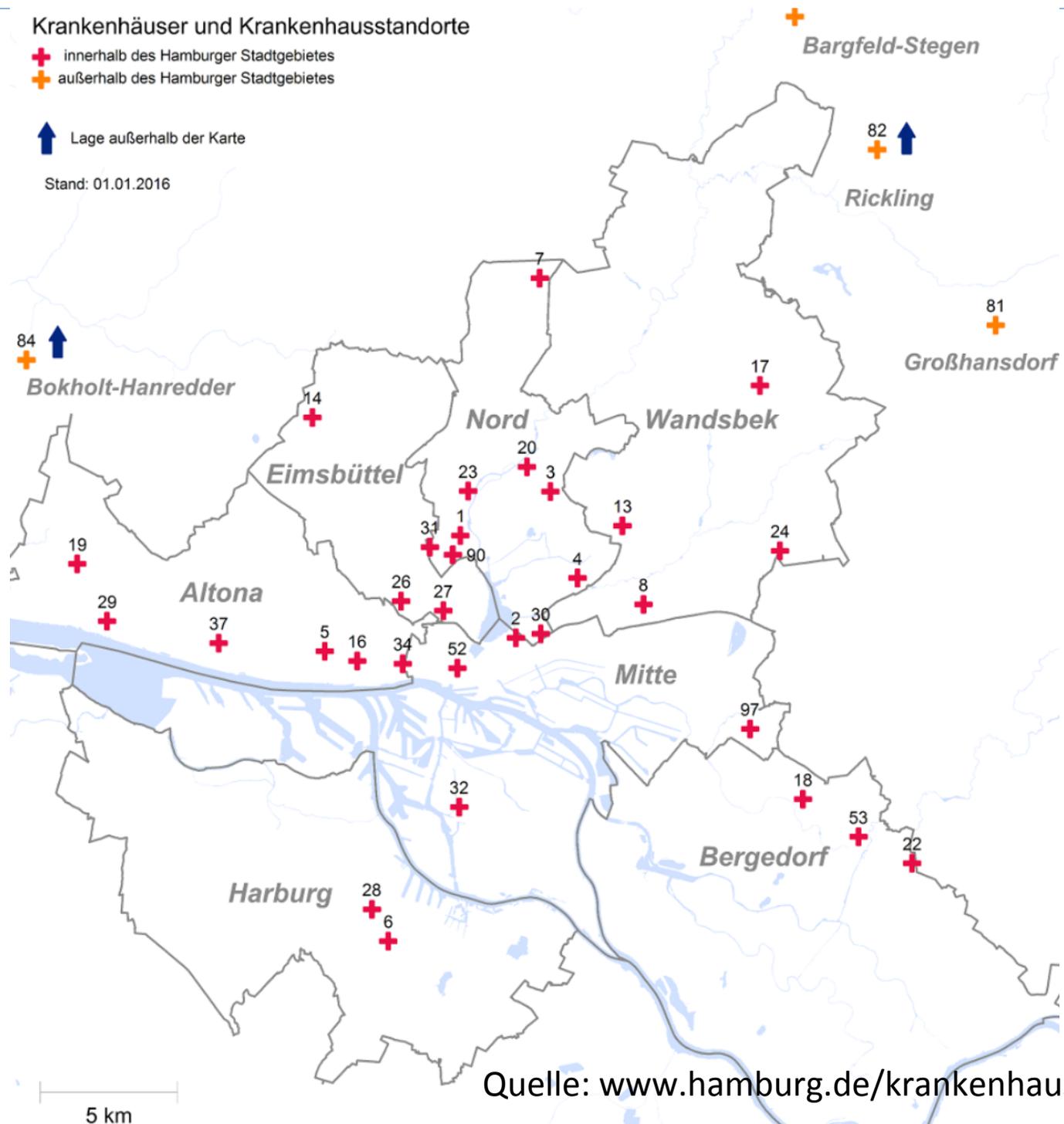


Krankenhäuser und Krankenhausstandorte

- + innerhalb des Hamburger Stadtgebietes
- + außerhalb des Hamburger Stadtgebietes

↑ Lage außerhalb der Karte

Stand: 01.01.2016



Quelle: www.hamburg.de/krankenhausverzeichnis/



Wie ist in diesen Fällen zu verfahren?

- Keine Strukturprüfung zulassen
- Medizinrechtskanzlei einschalten
 - führt im Zweifel zur Klage
- Risiko für die Kliniken meist nur bei Gerichts- und Rechtskosten, da Komplex-Code bereits verrechnet oder nie anerkannt wurde
- Risiko bei Kostenträgern höher, da Zinsen auf die Forderungen zu zahlen sind



Wie viele OPS hängen an Strukturvoraussetzungen?



Strukturabhängige OPS – Übersicht

- In 2017 sind es 97 Komplexbehandlungs-codes
 - Davon etwa zwei Drittel erlösrelevant
- Beispiele:
 - IMKB
 - Geriatrische Komplexbehandlung
 - Multimodale Schmerztherapie



Liste der Komplexbehandlungskodes OPS 2017

LfdNr	Kode	Text	neu 2017	entgeltrelevant	DRG/ZE**	Änderungen gegenüber Vorjahr
1	1-213	Syndromdiagnostik bei komplizierter Epilepsie		x	DRG	
2	1-775	Frührehabilitationsassessment von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren				*
3	1-910	Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik				
4	1-940	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen		x	ZE2017-45	
5	1-941.0	Komplexe Diagnostik bei Leukämien ohne HLA-Typisierung		x	DRG	
6	1-941.1	Komplexe Diagnostik bei Leukämien mit HLA-Typisierung		x	DRG	
7	1-942.0	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik ohne weitere Maßnahmen				
8	1-942.1	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit neurometabolischer Labordiagnostik und/oder infektiologischer/autoimmunentzündlicher Labordiagnostik		x	ZE2017-88	
9	1-942.2	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit erweiterter genetischer Diagnostik		x	ZE2017-88	
10	1-942.3	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit neurometabolischer Labordiagnostik und/oder infektiologischer/autoimmunentzündlicher Labordiagnostik und erweiterter genetischer Diagnostik		x	ZE2017-88	
11	1-943.0	Komplexe Diagnostik bei Verdacht auf Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen: Ohne weitere Maßnahmen				
12	1-943.1	Komplexe Diagnostik bei Verdacht auf Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen: Mit Lungenbiopsie mit Immunhistochemie oder Elektronenmikroskopie		x	DRG	

[...]

93	9-403.6	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie - Langzeit-Intensiv-Therapie zum verhaltenstherapeutischen Training		x	DRG	
94	9-403.7	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie - Therapie im Gruppen-Setting		x	DRG	
95	9-403.8	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie - Integrierte Blockbehandlung		x	DRG	
96	9-412	Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst				
97	9-501	Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung				



Wie wird Erfüllung von Strukturmerkmalen mitgeteilt?

- Budget- und Entgeltverhandlungen
- Checklisten (nicht die vom MDK)

Krankenhaus:

Ansprechpartner/in im Krankenhaus:

Telefon:

Mitteilung über die Erfüllung der strukturellen Kodier Voraussetzungen für den OPS-Kode Version 2017 8-980.- Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir möchten Sie darüber informieren, dass bei unserem Krankenhaus die Voraussetzungen zur Kodierung des OPS-Kodes "Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)" gegeben sind.
Ergänzend geben wir Ihnen noch die nachfolgenden Informationen.

- 1. Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein in der Intensivmedizin erfahrenes Team von Ärzten und Pflegepersonal, das mit den Problemen der Patienten vertraut ist
- 2. Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin"
- 3. Ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation
- 4. Berechnung der Aufwandspunkte nach SAPS II und TISS entsprechend Anhang zum OPS

Es werden nur Patienten mit der laut OPS-Kode dafür vorgesehenen Indikationsstellung in das Behandlungsprogramm aufgenommen.
Die patientenbezogenen Voraussetzungen zur Kodierfähigkeit gehen aus den Behandlungsdokumentationen hervor.

Datum

Unterschrift Geschäftsführung

Diese Felder nur ausfüllen, wenn der Bogen bei einer MDK-Einzelfallprüfung verwendet wird!

Voraussetzungen geprüft und bestätigt

Patienten-Identifikation

Datum

Unterschrift

Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein in der Intensivmedizin erfahrenes Team von Ärzten und Pflegepersonal, das mit den Problemen der Patienten vertraut ist

Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin"

Ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation

Berechnung der Aufwandspunkte nach SAPS II und TISS entsprechend Anhang zum OPS

werden nur Patienten mit der laut OPS-Kode dafür vorgesehenen Indikationsstellung in das Behandlungsprogramm aufgenommen.

patientenbezogenen Voraussetzungen zur Kodierfähigkeit gehen aus den Behandlungsdokumentationen vor.

Datum

Unterschrift Geschäftsführung



Take-Home-Messages



Empfehlungen

- Machen Sie einen Stress-Test anhand der Check-Listen
 - Risiko-Abwehr: Stellen Sie sicher, dass Sie die Voraussetzungen der abgerechneten OPS wirklich erfüllen
 - Chancen-Nutzung: Was fehlt, um bestimmte Ziffern abzurechnen?
- Akzeptieren Sie keine Strukturprüfungen und gehen Sie nach dem beschriebenen Muster vor
- Vertrauen Sie nicht blind Ihren Mediziner, da MCO-Kenntnisse (Dt. Kodierrichtlinien, OPS-Anforderungen, etc.) meist nicht hinreichend vorhanden
- Greifen Sie das Struktur-Thema regelmäßig auf (mind. jährlich)



Kontakt

Dr. med. Djordje Nikolic, MBA
Geschäftsführer

Güterhallenstraße 4, 79106 Freiburg im Breisgau

Büro: +49 761 21 771 530

Mobil: +49 178 13 20 770

E-Mail: d.nikolic@consus-clinicmanagement.de

www.consus-clinicmanagement.de