



©oatwa - stock.adobe.com

BSA Entscheidung S20220012

Therapieeinheiten am Aufnahmetag

Vom Fachausschuss Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (FEPP) der DGfM

Ein relevanter Anteil der krankenhausinternen Bürokratie wird darauf verwendet, die klinischen Daten in strukturierte Klassifikationen zu übertragen. Mittels Abbildung in ICD- und OP-Schlüsseln werden diese zur Abrechnung und Budgetvereinbarung sowohl in der somatischen als auch der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung verwendet.

Die Richtlinien des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und die Vorgaben und Hinweise von Seiten des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geben die Orientierung vor. Innerhalb dieser Grenzen begegnen uns seit Jahren größere und kleinere Unschärfen. Diese sind der Heterogenität der individuellen medizinischen Behandlung und deren nicht immer perfekten Passform in pauschalierende Strukturen geschuldet. Strittige Fragen führen zu Unsicherheit bei der täglichen Umsetzung und unmittelbar zu Folgekosten im Rahmen der Rechnungsprüfung und möglichen juristischen Klärung.

Um offene Fragen mit der notwendigen Expertise begegnen zu können, haben sich verschiedene Quellen etabliert, die von Kodierleitfäden und Foren über die Sozialmedizinische Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ (SEG-4) und den Fachausschuss

für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) bis hin zu verbindlichen Entscheidungen des Bundesschlichtungsausschusses (BSA) reichen. Der Letztere ist seit dem 01.01.2020 zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen eingesetzt worden. Primär ging es dabei um die Auflösung der zwischen SEG-4 und FoKA im Dissens bestehenden Kodierempfehlungen.

Nach deren Beantwortung kann der BSA zu bestehenden Kodier- und Abrechnungsfragen angerufen werden. Um die Anzahl der Anfragen zu beschränken, ist ein Antrag zum einen mit Kosten von 1.000 Euro verbunden. Zum anderen werden Anfragen, welche primär durch die Selbstverwaltungspartner in den vorgesehenen Vorschlagsverfahren zu klären sind, abgelehnt. So erging es beispielsweise der Anfrage S20220009 mit dem Hinweis, dass „ein regelungsgleicher Antrag im aktuellen Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des OPS für das Jahr 2023 beim BfArM eingereicht worden war“. Die Kontinuität dieser Begründung blieb der Bundesschlichtungsausschuss bei der Entscheidung S20230002 im Jahr 2023 jedoch schuldig, wo keine Ungültigkeit erklärt worden ist. Dies verwundert deshalb, da mehrere Vorschläge zu diesem Sachverhalt im laufenden Vorschlagsver-

Der Fachausschuss Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (FEPP) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) besteht aus Experten aus den Bereichen Medizincontrolling, Direktion, Kodierung, Behandlung, Beratung und seitens der Professionen aus den Berufsgruppen Ärzte, Fachpflege, Betriebswirtschaft, Medizininformatik. Ihn zeichnet zum einen seine enorme Praxisnähe aus und zum anderen verfügen diese Experten in ihren Krankenhäusern jeweils die höchste Fachkompetenz im Thema PEPP-Entgeltsystem.

Keywords: Kodierung, Strategie, PEPP

fahren 2024 anhängig waren. Ein Rückschluss auf das Vorgehen des BSA ist für den Außenstehenden somit nicht ohne weiteres möglich.

Die These

Wie dem Antrag S20220012 zu entnehmen ist, wurden Aufnahmegespräche bei der Kalkulation der Therapieeinheiten nicht akzeptiert. Als Begründung war auf die DKR PP014 „Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden“ verwiesen worden. Die aufgestellte These scheint somit folgende gewesen zu sein: „Leistungen, die in der DKR PP014 bzw. P014 aufgeführt sind, dürfen nicht Bestandteil anderer Prozeduren sein.“ ▶

OPS und Bezeichnung	Hinweise bzw. Merkmale	Bezug zu DRK P014 bzw. PP014
8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	Mindestmerkmale: Tägliche ärztliche Visite oder Teambesprechung	Die in Tabelle 1 unter P014 aufgeführte Visite ist Bestandteil des OPS 8-918
6-001.j Rituximab, subkutan	Subkutane Applikation	Die in Tabelle 1 unter P014 aufgeführte „Subkutane Medikamentengabe“ ist Bestandteil des OPS 6-001.j
9-649 Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	Hinweis: Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit ist für die Berechnung der Therapieeinheiten entsprechend zu berücksichtigen	Die in Tabelle 1 unter PP014 aufgeführten Aufnahmeuntersuchungen stellen diagnostische Maßnahmen dar, die Bestandteil des OPS 9-649 sind.

Tab.: Beispiele aus Somatik sowie Psychiatrie und Psychosomatik

Wissenschaftlich gilt eine These immer dann als widerlegt, wenn die Gegenthese bestätigt werden kann. Die Gegenthese lautet: „Es gibt mindestens eine Prozedur, in der die in der DKR PP014 bzw. P014 aufgeführten Leistungen enthalten sind.“ In der ►Tabelle sind dazu unterschiedliche Beispiele aus Somatik sowie Psychiatrie und Psychosomatik aufgeführt.

Für den aufmerksamen Leser der betreffenden DKR mag sich aus der Interpretation des Satzes „Es handelt sich [...] um Standardmaßnahmen [...], deren gesonderte Kodierung deshalb nicht erforderlich sind“ zudem der Schluss ergeben, dass die Durchführung der „nicht kodierbaren Prozeduren“ eine Erfassung anderer, diese Leistungen enthaltenden Prozeduren nicht ausschließt. Mit dem Beweis der Gegenthese, gilt die formulierte These als widerlegt. In der Geschichte der

von diagnostischer und therapeutischer Arbeit in Psychiatrie und Psychosomatik im Jahr 2016 Abhilfe geleistet worden ist. Zeiten der Aufnahmegespräche, in denen diagnostische und therapeutische Ansätze verwoben sind, könnten nach dieser Formulierung als Therapieeinheiten gezählt werden. Ob diese letztendlich als kostenrelevanter Aufwand bei der Zuweisung der PEPP zu berücksichtigen sind, ergibt sich aus der Analyse des InEK. Die spezifische Abwägung zur Erfassung von Therapieeinheiten im klinischen Kontext beschäftigt die am PEPP-System Teilhabenden bereits seit Jahren im steten Bemühen um eine Reduzierung des administrativen Streitpotenzials.

Mögliche Klärungsansätze

Die Klassifikationssysteme sowie DRG- und PEPP-System sind als lernende

„Über die Rückmeldung der aufgeführten Ansätze in das lernende System liegen den Autoren keine Informationen vor. Die insgesamt zurückhaltende Beteiligung am Vorschlagsverfahren des InEK im PEPP-System in den vergangenen Jahren mag Ausdruck abwartender Passivität, anhaltender Überforderung oder verbreiteter Zufriedenheit sein.“

OPS-Entwicklung lässt sich zudem nachvollziehen, dass mit der Abschaffung des OPS 1-903 Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen und der Übernahme des oben aufgeführten Hinweises unter 9-649 „Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit ist für die Berechnung der Therapieeinheiten entsprechend zu berücksichtigen“ dem Problem einer klaren Trennung

Systeme angelegt. Es obliegt daher allen Beteiligten, Lücken, Unschärfen und Fehlanreize zu identifizieren und in den Vorschlagsverfahren zu hinterfragen. Ein mögliches Vorgehen wäre gewesen, im Vorschlagsverfahren des InEK die Deutung der DKR PP014 und P014 zu hinterfragen und um eine Klarstellung zu bitten. Die Tatsache, dass dieser Sachverhalt von unterschiedlichen Krankenhäusern als auch von verschiedenen Krankenversiche-

rungen nicht einheitlich ausgelegt wird, ist ein hinreichender Grund für dieses Anliegen.

Darüber hinaus liegen dem InEK die Kalkulationsdaten für das PEPP System vor, welche bei spezifischen Fragestellungen durch unterjährige Analysen ergänzt werden können. Es kann als durchaus statthaft angesehen werden, die Relevanz der Therapieeinheiten als kostentrennenden Faktor in bestimmten Bereichen zu hinterfragen. Abgesehen davon muss angenommen werden, dass es die Therapiedichte nur deshalb in die Algorithmen des Definitionshandbuchs PEPP geschafft hat, da eine statistisch begründete Relevanz bei der Zuordnung der PEPP in diesem Bereich nachgewiesen werden konnte.

Als dritte Möglichkeit stünde die Frage an das BfArM im Vorschlagsverfahren zur Debatte, die Definition der im OPS aufgeführten „Diagnostik“ zu präzisieren. In der aktuellen Fassung des OPS 9-649.ff und 9-696 kann andernfalls ein Widerspruch zur Entscheidung des Schlichtungsausschusses gesehen werden.

Über die Rückmeldung der aufgeführten Ansätze in das lernende System liegen den Autoren keine Informationen vor. Die insgesamt zurückhaltende Beteiligung am Vorschlagsverfahren des InEK im PEPP-System in den vergangenen Jahren mag Ausdruck abwartender Passivität, anhaltender Überforderung oder verbreiteter Zufriedenheit sein. Bei Präsentationen zur Fortentwicklung der Systeme wird mit der Bitte, sich aktiv an der Gestaltung zu beteiligen, regelmäßig zu dessen Wahrnehmung ermuntert. In der oben beschriebenen Fragestellung kann aber angenommen werden, dass diese nicht unternommen worden sind, da eine Entscheidung des BSA in einem solchen Falle nicht erforderlich geworden wäre.

Die Einstufung der BSA-Entscheidung als „pragmatische, nüchterne, konstruktive Vorgehensweise“ durch Vertreter des InEK auf dem Herbstsymposium der DGfM, kann aufgrund der resultierenden Folgen nicht geteilt werden. Es soll aber an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass pragmatische, nüchterne und konstruktive Vorgehensweisen bei der Reduzierung von konfliktbehafteten Konstellationen geachtet und geschätzt werden. Diese schaffen Klarheit, reduzieren Streitpunkte und damit unnötige Kosten im Gesundheitssystem.

Die Folgen

Der Schlichtungsausschuss hat viele Entscheidungen getroffen und insgesamt muss diesem ein bemerkenswert ausgeglichenes Vorgehen attestiert werden. Kompromisse zeichnen sich dadurch aus, dass beide Seiten der Diskussion nicht gewinnen. Mit einigen Entscheidungen kann man sich naturgemäß eher anfreunden als mit anderen. Bislang gab es jedoch keine Entscheidung, die gleichermaßen alle Behandlungen im DRG- oder PEPP-System betroffen hat. Daher sei die Frage erlaubt, ob derart weit reichende Entscheidungen vom BSA getroffen werden sollten, wenn der strittige Prozedurschlüssel in dem vom InEK kalkulierten System in allen zurückliegenden Jahren als relevant beurteilt worden war.

Die Auslegung, dass Aufnahmeuntersuchungen als Therapieeinheiten zu zählen sind, war vor der Entscheidung des BSA in den Krankenhäusern mit Behandlung nach §17d nicht einheitlich. Bei manchen wurden diese bei der Kalkulation der Therapieeinheiten inkludiert, bei anderen erst mit Abschluss der Aufnahmeuntersuchungen begonnen.

Folgende Reaktionen waren absehbar und werden nun bestätigt:

1. Der Abzug der ersten 90 Minuten des „therapeutischen Kontaktes“ führt zu einer bürokratischen Zumutung par excellence: Die Krankenhäuser müssen die Aufnahmeuntersuchungen von Anbeginn der Behandlung zeitlich dokumentieren, um im Anschluss nachweisen zu können, dass diese auch bei der Kalkulation der Therapieeinheiten nicht verwendet worden sind. Die Dokumentation erfolgt somit ohne therapeutische oder administrative Relevanz. Das ist in etwa so pragmatisch, nüchtern und konstruktiv wie das Angebot der Krankenkasse, die Qualität der vorgenommenen Kodierung eines Krankenhauses durch eine eingehende Prüfung ermöglichen zu wollen.
2. Eine auferlegte Trennung von diagnostischen und therapeutischen Kontakten erfordert eine gesonderte Dokumentation. Dadurch kommt es zu einem weiteren, fachlich nicht begründeten Anstieg der Bürokratie. Aufgrund der fehlenden offiziellen Vorgaben führen divergierende Ansichten über die adäquate Dokumentation zu Streitbefangenen Interpretationen in den Prüfverfahren.
3. Wiedervorstellungen, die ohne hohen diagnostischen Aufwandauf-

wand von 90 Minuten einhergehen, dafür jedoch von intensiven therapeutischen Kontakten gekennzeichnet sind, werden mit der BSA Entscheidung in anderen PEPPs abgebildet, als dies bei der Veröffentlichung des Systems vorgesehen und Grundlage der Budgetvereinbarungen war. Solche Behandlungen kommen unter anderem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie regelmäßig vor. Der hohe personelle Aufwand geht ohne spezifische Erfassung in der uneinheitlichen Kostenabbildung der Patientenaufnahme verloren. Eine ausreichende Finanzierung der erforderlichen Berufsgruppen kann so nicht sichergestellt werden.

4. Psychotherapeutische Behandlungen mit der Vorgabe von mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche werden nicht mehr erfüllt. Die Zuordnung sowohl der PEPP als auch in der PPP-RL wird dadurch für manche Abteilungen beeinflusst. Die kalkulierte PEPP mit entsprechenden Mindestvorgaben der wöchentlichen Therapiedichte geht anteilmäßig zurück. Dieses Problem zeigt sich unter anderem in psychosomatischen Abteilungen.
5. Die Reihenfolge der therapeutischen Kontakte wird bei der Aufnahme dahingehend angepasst, dass die ärztlichen und psychologischen Zeiten möglichst zum Ende der „ersten 90 Minuten“ des Patientenkontaktes erfolgen. Ebenso wie die Orientierung der Therapiezeiten an 25-Minuten Intervalle ist eine Anpassung der medizinischen Behandlung an die klassifikatorischen Vorgaben nicht zu empfehlen. Im lernenden System folgt das System idealer Weise der Abbildung der wissenschaftlich anerkannten Behandlung. Wir alle wissen aber, dass die ökonomischen Spielchen auch solche unerwünschten Verhaltensweisen fördern.

Weiter provoziert die BSA Entscheidung Fragen, die in absehbarer Zeit zu klären sind:

1. Wie gestaltet sich die Kalkulation der Therapieeinheiten bei Behandlungen mit einer oder mehreren Fallzusammenführungen? Sind die 90 Minuten mit jeder neuen Aufnahme erneut abzuziehen?
2. Ist eine Anpassung der chronologischen Abfolge in der Behandlung wissenschaftlich sinnvoll und im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu rechtfertigen?
3. Erlangen die pflegerischen Therapieeinheiten eine Renaissance, um

einen höheren von einem geringeren Aufwandaufwand differenzieren zu können?

4. Sollen Softwarehersteller die ersten 90 Minuten Therapie optional abziehen?
5. Werden interne Mindestvorgaben für Aufnahmeuntersuchungen definiert, welche vielmehr administrativ als fachlich begründet sind?

Abschließend bleibt zu hoffen, dass den Autoren lediglich der fachliche Horizont des BSA und InEK fehlt, um den Reiz der konstruktiven Vorgehensweise erfahren zu können.

Gerne stehen Expertengruppen wie der Fachausschuss Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (FEPP) und der FoKA als kommentierende Gremien zum bereichernden Beitrag möglicher Interpretationen oder Konsequenzen bei der Bewertung der Anträge des BSA zur Verfügung. Der geschätzte Leser kann nun in sich kehren, um das Gefühl zu ergründen, mit dem ihn dieser Sachverhalt zurücklässt: atemlos, ahnungslos, antriebslos oder fassungslos. ■

Literatur bei den Verfassern

Korrespondierender Autor:

Claus Wolff-Menzler

claus.wolff-menzler@medizincontroller.de

Expertengruppe des FEPP:

Petra Reifschneider, Irina Franke,
Pierre Scholand, Mithun Santhakumar,
Carmen Drawert, Steffi Tielke, Lars Schäfer,
Klaus Behrens, Gina Reichenbach,
Guido Hartmann, Claus Wolff-Menzler